A CLAIREVOIE

MANUEL DE SAVOIR ÊTRE FOU EN SOCIÉTÉ

Hurt but not dead

Sommaire

Introductions p.4

D'où on écrit ? p.4
Où se situe-t'on ? p.8

Décalogue p.11

Comment on arrive en Psy ? p.20

Modalités d'hospitalisation en Psychiatrie
L'hospitalisation libre p.20
L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) p.21
L'hospitalisation d'office (HO) p.22

Acteurs du contrôle administratif de l'hospitalisation sous contrainte p.24

Droits d'une personne hospitalisée sans son consentement p.24

Les Professionnels p.27

Les disciplines et courants p.28

La psychiatrie p.28
La Psychologie Clinique p.28
Les psychothérapies p. 29
Le coaching p.29
La psychologie du conseil et de l'orientation p.29
La psychothérapie institutionnelle p.29
La Thérapie Familiale Systémique p.32
L'Antipsychiatrie p.32
La Gestalt Thérapie p.35
L'Hypnothérapie p.36
La Psychanalyse p.37

…

aclairevoie@mailoo.org

pour formuler critiques et suggestions sur cette présente brochure, pour obtenir des infos, pour nous faire échos de vos réalités, pour lancer des discutailles, des projets, des embardées, des blagues et des insultes…

…n'hésitez pas !

le **Serpsy** (Soins Etudes et Recherche en PSYchiatrie), asso de « professionnels militants », site un peu bordélique mais beaucoup d'articles sur des thèmes très divers (histoire de la psy, le soignant et la prise de médicament, etc.)
serpsy.org

BDSP, banque de données en santé publique, référence les sites touchant à la santé et dont les infos sont fiables et validées; le site propose en outre des bibliographies spécifiques (ex.: les alternatives à l'hospitalisation)
http://www.bdsp.ehesp.fr

Deux ouvrages accessibles ….pour débuter

Jacques Lesage de La Haye, **La Mort de l'asile - Histoire de l'antipsychiatrie**, éditions Libertaires/éditions du Monde libertaire

Nicole Maillard-Déchenans, **Pour en finir avec la psychiatrie - Des patients témoignent** - les éditions libertaires

La Thérapie cognitivo-comportementale p. 39
L'Analyse transactionnelle p.40
La bioénergétique p.41
L'Ethnopsychiatrie, Ethnopsychanalyse p.46

Bonus : Thérapie radicale p.43

Le médicament p.47

D'où tu me traites ? p.47
De quoi on parle et à quoi on est assujetti ? p.52
Lexique du fonctionnement cérébral p.53
Vocabulaire lié au mode d'action du médicament p.54
Glossaire des effets secondaires p.54
Les grandes familles de médicaments psychotropes p.58
La notice du médicament p.59
Les effets secondaires et les correcteurs : revue de « détail » p.61
Où parler médocs ? p.66
Billet d'humeur p.67
Le choc des maux, le poids des labos p.72

Structures p.76

Le circuit de soins classique p.76

Sur le site de l'Hôpital p.76

En ville p.78

Collectifs d'usagers p. 81

Lienothèque/Auteurs p.86

2ème Version – Février 2011

aclairevoie@mailoo.org

Introductions

D'où on écrit ?

Certains diront que ce n'est pas le propos, que ce qui importe ce sont les idées misent en relief. Nous ne sommes pas de cet avis et le pourquoi ces textes nous concernent, nous parait poser les coordonnées singulières de nos écrits.

Cette brochure est née, si l'on peut dire, de la rencontre de trois personnes, autour d'un évènement quelques peu questionnant pour chacun(e), chacun(e) de leurs points de vue et de leurs expériences de vie. Le « vrillage » mental d'un proche, d'un copain, dans un milieu qui se revendique autonome et autogéré, qui aspire à ne pas répondre aux présupposés et à l'attendu, qui se méfie des lieux où l'on veut le bien de l'autre - selon quelle définition ? Un milieu qui ne veut pas se déresponsabiliser vers l'isolement et la camisole chimique servi à l'hôpital psychiatrique. Lorsque quelqu'un souffre, où s'adresser, que faire de nos questionnements légitimes, comment ne pas s'identifier à lui, comment réagir ? Comment éviter les écueils des circuits de soin classiques, tout en réagissant rapidement à une situation, qui si elle se prolonge, risque de se durcir et de s'aggraver, au risque du passage à l'acte pour stopper la souffrance. Trois personnes donc…

Mon implication dans cette brochure provient d'une plaie toujours ouverte. De la blessure d'avoir vu mon cher frère immobile dans un lit, regard fixe dans le vide, bouche grande ouverte, bavant. Sans possibilité d'expression, prisonnier de leur pratique médicale. Mon aimé petit frère, compagnon de chambre dans l'enfance, ami complice dans l'adolescence.
Et en plus c'est avec notre accord qu'il est entré dans ce lieu où on vole la vie. Je me rappelle comment je haïssais les cravateux, qui nous croisent dans la salle d'attente, pour vendre leurs produits magiques. Je me souviens aussi comment je pleurais après les visites et comment on était soulagés de faire une pause quand il était interné. J'avais 20 ans et je ne m'étais jamais senti si mal.
Je me rappelle aussi comment je m'étais dit de jamais le laisser tomber. Et moins d'un an après on brûlait à nouveau le monde ensemble. Et moi je brûlais aussi, jusqu'au moment d'être consumé, de ne plus rien être, à part du soutien pour lui. Et j'ai décidé de me réarmer, de vivre selon mes désirs, personne ne devrait avoir besoin de béquilles. Je suis parti à l'étranger. Mon

Autres sites

Sur le **site de la Clinique de La Borde**, beaucoup d'articles en ligne, autour de la psychiatrie institutionnelle notamment (Bonnafé, Oury, Tosquelles, mais aussi Guattari et Deleuze, …) et une longue bibliographie d'ouvrages de référence
http://cliniquedelaborde.pagesperso-orange.fr

Sur ce **site destiné aux infirmiers/firmières en psychiatrie**, une longue liste de références biblio classiques:
http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/livre.htm
et une plus courte dite de publications « engagées » :
http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/infirmier/publication.htm

sur **erudit.org** et **persee.fr**, deux sites de numérisation rétrospective de revues françaises et canadiennes en sciences humaines et sociales, beaucoup d'articles en ligne, y compris des années 60 et 70, de vraies mines d'or, et en accès largement gratuit

antipsychiatry.org

groupeinfoasiles.org
non-fides.fr

eurekasante.fr site grand public sur les notices médicamenteuses

Ascodocpsy, réseau documentaire en santé mentale; sur le site notamment, tous les textes officiels concernant la psychiatrie, depuis 1838
http://www.ascodocpsy.org

Psycom 75 a été créé afin de mieux faire connaître la réalité des troubles psychiques et le dispositif de soins offert par le service public : « Informer pour mieux soigner ». Il publie un bulletin hebdomadaire d'informations internationales concernant la santé mentale.
http://www.psycom75.org

Gestalt
F. Perls

Bioénergétique
W. Reich
S. Keleman
A. Lowen
H. Marcuse
N.O. Brown

Antipsychiatrie and co
R.D. Laing
D. Cooper
J. Hochmann
A. Esterson
Sullivan (psychiatrie interpersonnelle)
Maxwell Jones (communauté Thérapeutique)
C. Rogers (psychothérapie humaniste)
Maslow (psychothérapie humaniste)
E. Goffman
T. Szasz
I. Illich
Ingleby

Psychiatrie Radicale
J. Hermes
M. Ruitenbeck
C. Stirner
H. Wickoff
J. Marcus
A. Palomar

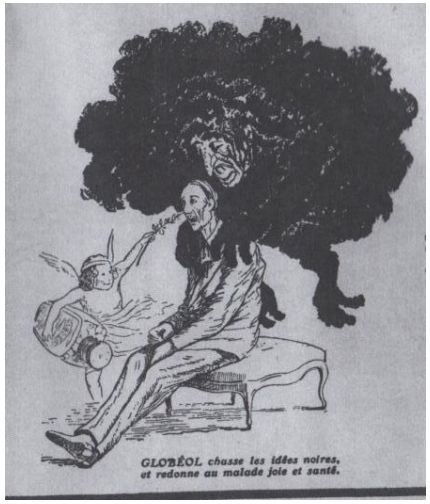
frère n'a pas trouvé le soutien nécessaire et il est encore tombé.
Maintenant le fait de savoir qu'il est toujours prêt à se battre, avec les gants mis, me permet, quand parfois j'ai du mal, de le reconnaître.
Après des années j'ai vu d'autres personnes tomber. L'année dernière il est tombé à nouveau quelqu'un, qui sans trop le connaître, je ressentais comme un bijou. J'ai encore retrouvé les difficultés que notre entourage avait pour ne pas l'abandonner au marchand de rêves. Et j'ai eu la même impression d'avoir encore perdu.
Cette brochure a été écrite avec un désir commun de faire une petite contribution, tout petite, pour développer le débat et les pratiques collectives dans le processus de libération de la psychiatrie; et un outil pratique pour faire face à la souffrance psychique dans notre lutte pour un monde nouveau.
Ici va ce premier essai, avec nos faiblesses, contradictions et désirs.

Cuidar de los nuestros es una practica insurreccional...

...uno que lo intenta.

Il y a dix ans maintenant je mettais pour la première fois les pieds à l'HP. Il y a aujourd'hui un an et demi que j'ai « définitivement » arrêté de prendre du zyprexa (antipsychotique). Tout ce temps là je ne l'ai par chance pas comblé (comme on boucherait de mauvais mortier une faille spatio-temporelle), mais traversé, par cycles déterminés essentiellement par l'arrêt/ la reprise du traitement accompagnés de la reprise/ de l'arrêt concomitant du THC.
Des cycles d'expansion délirante, je garde l'euphorie matinée de désarroi que peuvent provoquer des hallucinations de tout type, ou la dilatation de toute puissance que procure la certitude d'être investie d'une mission par et pour l'humanité (« répandre l'anarchie sur terre , de manière douce et non violente » – vous m'excuserez, on ne choisit pas toujours les termes d'un contrat).
De mes deux passages à l'HP (un mois et demie en 2000, autant en 2002), comme de ses journées mornes à l'hôpital de jour du petit bled parental ou de cet interminable séjour dans une structure intermédiaire (maison bourgeoise avec soignants et jardin, et une quinzaine de moins de 25 ans psychotiques qui ont le droit d'aller se faire chier entre le rez-de-chaussée et le premier ou sur les bancs de la fac mais pas de filer à l'improviste à marseille), je ne garde pas de souvenirs traumatisants, surtout celui d'un profond ennui, d'une élongation des jours, d'une pulsation très faible du quotidien. Les agréments: des scènes

cocasses avec d'autres brindezingues, des art-thérapeutes qui veulent bien qu'on profite du matos disponible.
Du côté du soin ? Un psychiatre classe, qui veut juste que je puisse retrouver une vie sociale qui me satisfait et ne m'invite pas à gratter les cicatrices, un petit bonhomme de chemin. Pas de groupe de paroles, nulle part, jamais. Un alentour aimant (la famille, les potes proches) ou questionné (les divers squats que j'ai pu traverser à ces périodes, les maraîchers bios chez qui j'ai dégoupillé); autrement dit : en interaction. Autrement dit: une chance énorme (pas de rejet de ma personne chez ces gens, et chez moi jamais l'affreuse impression d'être hors-norme ; mais quand même ce traversant: quelle pourrait être ma place dans ces états-là ?). Des parents qui à l'été 2004, quand ça recommence, choisissent de ne pas me faire hospitaliser encore une fois; dès 2005 j'étais de nouveau à désherber les carottes sur une nouvelle ferme.
Alors aujourd'hui que ce n'est plus si envahissant, que le chapitre médicament est clos, mais que ça frétille encore (oui les voix reviennent titiller quand on fléchit un peu), j'ai de ces envies de parler de tout ça qui me remonte à la gorge, et je suis bienheureuse d'avoir trouvé à toulouse des personnes avec qui le faire.



De très près et de plus loin une question s'est imposée dans mon histoire : où commence la folie, quel est ce point de bascule, quel est ce point de non retour vers un autre champ de vision, plus cru, plus réel, plus sombre et plus trash aussi, loin du ronron de la vie quotidienne et de sa folie ordinaire. J'écris aujourd'hui d'une étiquette professionnelle de psychologue exerçant en hôpital psychiatrique, posture toute sauf confortable, semée d'incohérences et de paradoxes idéologiques, à fil tendu entre compromis et corruption personnelle, où il s'agit de ne pas perdre de vue que mon désir est d'en finir avec ces lieux d'enfermement. Lorsqu'il s'agit de courber l'échine face à l'institution et à ses règles, jouer le jeu d'un langage, louvoyer constamment, pour qu'une autre voix perdure entre les murs. Faire diminuer un traitement, porter la responsabilité d'une parole, soutenir une créativité, se taire là où l'autre ne veut pas parler, se laisser toucher quand l'autre cherche un bord, recevoir les insultes qui fusent et la colère qui exulte, se laisser envahir

Auteurs

Psychanalyse
D. Anzieu
M. Klein
C.-G. Jung
M. Mannoni
C. Chabert
D. W. Winnicott
F. Dolto
S. Freud
B. Bettelheim
S. Leclaire
L. Israël
M. Balint
W. R. Bion
J. Lacan
A. Freud
J. Oury
H. Deutsch

Systémie
P. Watzlawick
M. Elkaim
G. Bateson
J. Haley
S. Munichin
S. Palazzoli
L. Boscolo
A. M. Sorrentino
L. Boszormenyi-Nagy
J. Bowlby
Satir
Hare – Mustin (féministe)

Ethnopsychiatrie
G. Deleuze
Tobby Nathan
Geza Roheim

Psychothérapie institutionnelle
F. Guattari
F. Tosquelles
P. Delion
J. Ayme
G. Daumazon
P. Sivadon
F. Basaglia

Analyse Transactionnelle
E. Berne
K. P. Frank
C. Kerr
G. Legault
C. Stirner
H. Wyckoff
F. Brécard et L. Hawkes
J. Schiff
A. Jacobs
C. Chevallier
H. Hargaden et C. Sills
M. Walter
A. Le Guernic
D. Chalvin
G. Chandezon

Lienothèque / Bibliographie

Systémie
http://www.ecologielibidinale.org/fr/biblio/miel_historique_PaloAlto.pdf
http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/therapie/systemique.htm

Gestalt
http://www.gestalt.asso.fr/documents/Article_GTentreprise.pdf
http://www.gestalt.fr/presentation.php
http://www.psychotherapie-integrative.com/

Analyse Transactionnelle
http://fr.wikipedia.org/wiki/Analyse_transactionnelle

Psychanalyse
http://www.megapsy.com
Jacques Lacan
http://www.champlacanienfrance.net
http://www.causefreudienne.net
http://www.apjl.org
http://ccpso.sudouest.free.fr
Karl Gustav Yung
http://users.skynet.be/reves/psychanalyse.htm
Donald Winnicott
http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/enfant/therapie/winnicott.htm
Forum Universitaire
http://www.psychomirail.fr

Panorama des approches (si vous devez n'en voir qu'un)
http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation.htm#Retour%20Tableau

d'angoisse quand elle suinte par tous les pores du corps, ramener un peu de semblant pour celui qui ne croit plus en rien, au prise avec la plus triste des vérités : la vie ne sert à rien. Sans perdre de vue que toute forme d'institution peut broyer l'être humain jusqu'à ne plus savoir qui il est, on peut trouver le besoin de soutenir un autre mode de présence et de rapport à l'autre, fondé sur l'écoute, l'horizontalité, en usant pas trop de la place de pouvoir que confère la fonction soignante face au « malade » dans toute institution. La noirceur, l'angoisse, la déraison, la servitude pourtant si fondamentalement humaines et sociétales ne s'arrêtent pas aux portes de l'HP. A chacun son échelle d'action, et y a de quoi faire…

Où se situe-t'on ?

Cette brochure est née dans une impasse. L'impasse dans laquelle nous nous sommes trouvé.es quand, confronté.es de près ou de loin à la souffrance psychique, nous n'avons pu trouver d'autres réponses que celles proposées voire imposées par le système de soin traditionnel, système, comme d'autres, restrictif et pernicieux, qui enserre le champ des possibles de la plus étroite manière.

Nous sommes conscients des limites de cette contribution : le système psychiatrique a déjà été largement analysé et contesté, en vagues successives de plus en plus rapprochées depuis l'après-guerre jusqu'aux années 80, de la psychiatrie dite institutionnelle aux foisonnements des mouvements tenant de l'antipsychiatrie ou de la psychiatrie radicale. Il serait bon aujourd'hui de peser cet héritage, de tirer conclusion de ses échecs et de garder en mémoire vive ce qu'il peut nous apporter, terreau fertile de nos actions futures, portant en germe réponse à une partie de nos questions, portant espoir de retrouver dans un mouvement contemporain la même énergie, la même émulation qu'alors.

Plutôt affinitaires des milieux antiautoritaires et autogestionnaires, nous nous ancrons logiquement dans l'opposition à l'architecture actuelle du soin. La psychiatrie est à ce jour motivée par une philosophie sécuritaire, régie par des principes carcéraux, ceci légitimé par une morale judéo-chrétienne du vouloir le bien pour l'autre et à sa place.

Ce positionnement n'exclut pas pour autant d'avoir le courage de porter un regard critique sur notre propre milieu, où flotte une autre forme de norme tout aussi pathogène : le référentiel ultime du milieu n'est-il pas l'idéal type du bon petit révolutionnaire toujours opérationnel et maître de lui-même, lucide quant à ses affects, distancié vis-à-vis de ses pulsions ? En niant l'existence en chacun de nous d'une part singulière non maîtrisée et non maîtrisable (qu'elle ait pour nom inconscient ou émotion ou quoi quoi), on ne peut guère espérer apporter aux membres du groupe défaillants ou en mal-être, des réponses autres que caricaturales, univoques, grossières.
Croyant libérer l'autre, on l'enferme dans une autre forme de dogmatisme : un militant digne de ce nom devrait défendre son droit d'appartenance au groupe en prouvant qu'il maîtrise continuellement le langage et les codes de celui-ci ; il

In memoriam et pour les parties de rigolades grinçantes et jouissives, allez donc voir du côté des revues des années 70: ***Marge, Psychiatrisés en lutte, Garde Fous***, qui toutes s'interrogeaient sur la cause sociale de la folie, voulaient réhabiliter celle-ci dans ce qu'elle a de créatif, et cherchaient à créer de nouveaux rapports de force contre l'institution psychiatrique.

Le **Sozialistische Patientenkollektiv** créé en 1970 à Heidelberg, qui compta jusqu'à 500 membres, était quant à lui désireux de faire de la folie une arme dans la lutte contre la société malade du capitalisme et du patriarcat, lutte que certains de ses membres menèrent aux côtés de la RAF. Une résurgence de ce collectif existe encore à Mannheim.

Warning: Scientologie!

Attention, si jamais vous croiser la **Commission des citoyens pour les droits de l'homme**, lors d'un rassemblement devant un HP par exemple, son titre lénifiant et son programme pouvant passer pour anti-psychiatrique masquent son appartenance à l'Eglise de Scientologie, qui a dû trouver dans la psychiatrie un joli terrain de jeu pour capter de nouvelles recrues chez ses victimes...Elle publie *Le Déchaîné, organe de vigilance contre les dérives psychiatriques*, on vous prévient c'est du lourd.

Enfin nous avons la joie de vous annoncer que depuis quelques temps l'hexagone des totos à tutus vibre de nouveau à l'évocation des luttes liées à la cause du fou ; de Montreuil au Plateau d'Assy, de Montpellier à Toulouse, en passant par Dijon ou Grenoble, il semblerait que corps de nouveau se fasse, au sein du réseau **Désaliéner** par exemple, ou autour de cette injonction au désordre qu'est **« La liberté est thérapeutique »**, pour que la folie ne demeure pas un problème résiduel d'une marginalité militante, pour qu'on l'embrasse et qu'on la charrie. Savoir si liens et ponts doivent sans ambages être construits avec **le Collectif des 39 / La Nuit Sécuritaire** est une autre question, la place que les psychiatrisé.es peuvent y trouver / s'y faire n'étant pas forcément articulée pour l'instant.

exceptionnelles. Advocacy a en Angleterre développé une démarche d'audit et d'évaluation des HP par les ex-psychiatrisé.es, avec des critères chouïa différents de ceux du ministère de la santé il semblerait ; yiihaa!

Dans la branche des qui bronchent mais sont peu ouïs dans l'hexagone, on retrouve le **Réseau européen des (ex)usagers et survivants de la psychiatrie**, crée en 1991, qui a pour originalité de vouloir aussi lutter pour que leur soient offertes des alternatives à l'internement psychiatrique , militer contre les abus et la coercition, créer et soutenir de nouvelles alternatives au système psychiatrique et influencer et tenter de faire évoluer la manière dont la psychiatrie conçoit actuellement les traitements.

Dans le genre qui lutte, il y a encore **le GIA** (Groupe Information Asiles), qui a bien évolué depuis sa naissance en 1972. L'axe majeur de son action s'est développé sur le terrain du contentieux contre les formes d"internement psychiatrique illégal, arbitraire ou abusif, l'idée étant de dégager de la jurisprudence, y compris au sein de la Cour européenne des droits de l'homme. Cette asso ferraille en ce moment pour faire reconnaître l'inconstitutionnalité de certains aspects de la loi de 1990 sur l'hospitalisation sans consentement. De quoi exaspérer le législateur !

en 1976 sur les marchés, Psychiatrisés en lutte côtoyaient Handicapés méchants...

ne devrait se laisser aller ni à la peur ni à l'angoisse ; il devrait faire sienne la vision déterministe du fou avant tout victime de l'oppression du système politico-économique (à l'exclusion de tout autre paramètre) ; il devrait être convaincu enfin de l'impératif catégorique du refus de toute thérapeutique médicamenteuse et de l'hospitalisation en psychiatrie.

Quelles possibilités dans ces conditions d'être acteur de sa folie ? A quoi bon même chercher à retrouver une prise sur soi-même et sur son monde intérieur si cela n'est jugé d'aucune utilité face à la puissance de l'appareil qui nous broie ?

Reconnaissons toutefois que la guérison, dit autrement le rétablissement, le retour à un fonctionnement psychique acceptable par l'individu, peut s'apparenter à une lutte. Et que pour mener cette lutte, il faut s'armer. C'est ainsi qu'il nous a semblé important de compiler dans cette brochure des savoirs pratiques, facilitant l'accès à des informations trop souvent parcellaires et morcelées. Nous ne décryptons toutefois pas ici dans le détail les nouvelles lois dont se dote un système psychiatrique de plus en plus répressif : multiplication du recours au bracelet électronique, obligation et injonction de soin, réforme de l'hospitalisation sans consentement, création de nouvelles UMD et UHSA (« unités pour malades difficiles » et « unités hospitalières spécialement aménagées »), généralisation de la vidéosurveillance dans les établissements... Nous n'avons pas souhaité non plus revenir sur les différents faits divers dont s'est emparés goulûment la sphère politico-médiatique depuis quelques temps, pour justement justifier la mise en place de cet arsenal législatif. C'est pourtant cette actualité qui fonde notre énergie à écrire, qui nous fait espérer la multiplication et la diffusion de ces questionnements et remises en question.
Si cette contribution est donc pour partie déterminée par ce contexte, certains des constats sur lesquels elle s'appuie sont cependant intemporels.
Toute société se construit essentiellement par une logique d'exclusion, en stigmatisant celui qui n'adopte pas ou quitte la norme attendue, celui qui fait peur, dérange et ne s'adapte pas, celui qui chez nous ne veut pas ou ne peut pas participer à la production et à la consommation, deux axes majeurs de l'activité sociale. A cet être-là on ne laissera comme lieu d'existence que le bas-côté, le bas-fond, habité d'individus comme lui désignés et considérés comme déviants, inadaptés, vulnérables. Et quand de ces fossés commencent à gronder la révolte et la colère, quand certain.es se mettent à contester l'étiquette « pathologique » avec laquelle on qualifie leur comportement, alors on leur envoie les pacificateurs, armées de psys et de soignants, qui vont s'employer à

les normaliser en les insérant dans des institutions encore plus coercitives que la société-mère, institutions où l'idée même d'une relation horizontale est impossible. Sous-jacente dans le monde « libre », la logique de domination trouve là un espace privilégié pour s'exercer, dans une opacité encore difficilement pénétrable. Cet écrit tente donc de désépaissir le brouillard savamment entretenu par l'institution et une bonne partie du corps soignant.

Le regard que nous portons sur cette généalogie de la folie est donc politique. Nous avons reconnu plus haut les limites d'une pensée qui se restreindrait à ce seul angle de vue. Toutefois nous ne cautionnons pas à l'inverse une causalité toute scientifique, un déterminisme biologique qui voudrait que l'on naisse fou, ou au moins prédisposé à l'être, grille de lecture qui gagne dangereusement du terrain, parce qu'il laisse miroiter d'intéressants profits économiques, mais aussi parce qu'il permettrait de dédouaner la société de sa part de responsabilité. Il nous faut également réaliser à quel point, par facilité, par une succession d'abandons à la norme, par manque de vigilance, nous avons petit à petit perdu le pouvoir de ressentir, de penser et d'agir, laissant notre être et ses capacités de résistance et de créativité s'atrophier et perdre en densité. Tragique laisser-aller qui permet au discours dominant de coloniser insidieusement nos esprits et de définir pour nous et en nous la forme et le contenu que doivent revêtir ces facultés. Pire, encore : sommes-nous seulement conscients de l'avancée de ce processus ? N'est-ce pourtant pas ce processus de sape qui est à l'œuvre quand, une fois de plus, un collectif se trouve désemparé et à court de solutions quand il s'agit d'aider un membre du groupe en train de vaciller ? Révélant ainsi que la folie n'a pas été pensée comme possible, omission délétère qui ne laisse d'autre choix que de voir in fine la famille hospitaliser l'individu en souffrance.

Reprendre en main les rênes de sa vie, se re-saisir, semble dès lors être un pré-requis indispensable à toute démarche thérapeutique, entendue ici comme reconquête du pouvoir sur sa vie. Mais attention ! Cela implique une mise en danger, une prise de risque, cela suppose vertiges, chutes, et possiblement une certaine douleur. D'où l'importance de l'entourage, que ce soit celui des proches ou du groupe de pairs.

Pour traverser ces épreuves, il peut être bon de garder en tête, braise réconfortante, cet adage de l'antipsychiatrie italienne :

« La liberté est thérapeutique ! »

nom; et cela arrange bien l'institution, le discours d'un parent est souvent plus lisse, plus compréhensible, plus structuré que celui d'un zébré du casque ; le parent est dans la demande d'aide et de compassion au côté du soignant et pas sur le mode rapidement contestataire du psychiatrisé (ça donne des interventions pathétiques à force d'être interminables et répétées – et surtout pas interrompues- de mères éplorées désarmées face à leur grand gars qu'elles ne comprennent plus); le parent n'est pas dans la contestation de l'autorité, étant lui-même un de ses représentants; il est un excellent tiers-subterfuge, en permettant d'éluder la confrontation directe du soignant versus le/la soigné.e dans toute manifestation publique (colloque, débat..).

La Fédération d'Aide à la Santé Mentale **Croix-Marine** regroupe 300 associations et 130 établissements de soin publics et privés, ce n'est pas une association d'usagers.

A noter, dans le genre de projets qui sent bon la rose artificielle, enfin qui n'inspire pas trop confiance, parce que fleurant encore le téléguidage: celui de **pair-aidant**, celui qui s'en est sorti ou presque et est à ce titre capable en commission ou autre d'être au coude à coude avec les équipes soignantes, en tant qu'expert de sa pathologie. Mais attention, il ne faudrait pas non plus aller « jusqu'à le mettre en position de soignant, même s'il s'agit d'un nouveau type, ce serait quelque part l'invalider en tant que pair »...ouh la mesquine frilosité que voilà! On veut bien qu'ils soient « médiateurs de santé » (ça vous rappelle rien?), mais à condition qu'ils correspondent aux critères de sélection (??), et il ne faudrait quand même pas qu'ils prennent des postes de soignants...

Autrement dit, l'*empowerment* c'est bien, mais faudrait quand même pas se sentir tout-puissant... à d'autres!

L'association **Advocacy-France** (300 membres) est celle qui s'est le plus attachée à la notion d'empowerment (une pratique de conscientisation et de reprise de pouvoir sur sa vie) qu'elle défend ainsi : « La démarche du sujet de réappropriation de ses capacités à partir de la réappropriation de sa propre parole ne peut être réduite à une démarche de réhabilitation. Dans le projet de réhabilitation, il y a l'idée que la société fasse une place ou, au mieux, trouve une place pour la personne disqualifiée. Dans le projet de l'acte - pouvoir, que les anglais appellent l'empowerment, il y a l'idée que la personne prend la place qui lui revient. ». A cette notion elle ajoute celle de *selfhelp* (entraide et solidarité entre usagers et alliés) proche des pairs aidants. Celles de *speaking up* (parler fort, ouvrir sa gueule) et celle d'*advocacy* (terme anglais venant du latin «ad-vocare», «parler à côté de», « soutenir la parole ») soutiennent l'idée que la personne en souffrance psychique est victime d'une disqualification *a priori* pour s'exprimer , que cela a des formes concrètes en terme de préjudices**,** et qu'elle doit être soutenue pour défendre ses droits. Il semblerait que dans les pays où l'Advocacy, démarche de solidarité, est forte, le guardianship, l'équivalent de notre tutelle, est peu répandu. Il faut noter et souligner que cette pratique de la tutelle – ou de la curatelle – qui permet de se substituer à la personne, atteint en France des proportions

Les adhérents s'engagent à participer à la vie du groupe et dans la mesure du possible à s'ouvrir en direction d'une participation plus large à la vie de la cité par exemple, en recherchant un emploi ou une formation. Ses interlocuteurs sont en particulier la commune du lieu d'implantation, les autres associations s'occupant de santé mentale, les CMP, secteurs psychiatriques, organismes d'HLM, organismes de formation, services d'aide à l'emploi.... ».
Certains vont jusqu'à dire que les GEM sont le « diamant de la psychiatrie » (ouh l'angélisme, ouh l'autosatisfaction!), où les dignes héritiers des clubs thérapeutiques de St Alban (asile où exercèrent Tosquelles et Bonnafé, représentants de la Psychiatrie Institutionnelle)...Léger décalage dans l'ambition, quand on sait que ceux-ci, dès 1942, permirent aux 600 patients de St Alban de ne pas crever la dalle en organisant avec les habitants du village l'approvisionnement de l'hôpital en nourriture (45 000 morts dans les asiles pendant la deuxième guerre).
Pouvait-on pourtant croire que l'Etat souhaitait avec les GEM favoriser l'autogestion des usagers ? Déjà leur subvention annuelle est sabrée...au profit des 3 associations marraines (Fnapsy, Unafam, Croix Marine) : rien de tel pour reprendre en mains les initiatives un peu trop foisonnantes que de monter les collectifs les uns contre les autres ; diviser pour mieux régner!
Quoiqu'il en soit, même si ces lieux permettent effectivement à des gens de se rencontrer et de faire plein de choses chouettes ensemble, même s'il semblerait que les GEM soient très différents, on peut craindre que la lourdeur des structures et l'omniprésence de professionnels salariés, en canalisant la marge de manœuvre des adhérent.es pour proposer un fonctionnement et des initiatives originales, empêchent l'expression d'une créativité foutraque et la formulation de projets un peu plus fous qu'une sortie au multiplex. A moins que l'Atelier du Non Faire de Montreuil ne soit pas une exception?
Revenons rapidement sur les trois associations sus-citées:
la **FNAPSY** (Fédération Nationale des Associations de (ex) Patients des services Psychiatriques), créée en 1992, regroupe 64 associations françaises de patients et ex-patients (soit **7000 usagers**) œuvrant pour l'entraide, la protection et la défense des intérêts de leurs adhérents; elle joue notamment le rôle d'interlocuteur du ministère et de l'établissement psychiatrique et s'est donnée une mission d'information sur la santé mentale auprès du grand public

l'**Unafam** (Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques), qui compte 97 délégations départementales, regroupe plus de **15 000 familles**, avec pour objet de « s'entraider et se former et d'agir ensemble dans l'intérêt général ». Dans les faits: l'Unafam est partout, se targuant même de pouvoir représenter les usagers, autrement dit de parler à leur place et en leur

Décalogue à prendre en compte si on a besoin d'aide et qu'on décide d'aller la chercher chez unE professionnelLE de la psychothérapie ou du conseil[1].

1) D'abord fais une demande à ton médecin généraliste de la sécurité sociale en lui expliquant ce que tu veux. C'est-à-dire, n'accepte pas comme réponse l'ordonnance de médicaments (neuroleptiques, antidépresseurs, antipsychotiques...) et le « revenez demain », ni d'être envoyé vers unE neuropsychiatre si ce n'est pas un problème physique et que tu penses plutôt avoir besoin d'un espace basé sur l'expression de tes problèmes et son élaboration (à travers la parole ou d'autres techniques qui travaillent avec l'artistique, le bioénergétique...)
Dis alors clairement que ce que tu cherches est une relation psychothérapeutique ou de conseil sur des problèmes, basée sur l'expression et l'élaboration de ce qui t'inquiète et te fait souffrir, et que ce que tu veux c'est que ton médecin t'envoie vers unE professionnelLE qui travaille fondamentalement avec cette méthode, que ce soit unE psychologue, unE psychiatre ou unE conseiller/ére..., mais avec cette méthode.
Si ta demande n'est pas prise en compte - en espérant que oui, mais de nos jours, c'est plus que difficile - ou s'illes t'interprètent[2] mal et t'adresse à unE professionnelLE qui ne fait que te donner des médicaments et que tu vois chaque mois ou avec un laps de temps de plus en plus long, ou s'ils te mettent dans une liste d'attente interminable : ne dépense pas ton énergie

---

Nous avons rajouté les notes de bas de page pour préciser certains points qui nous paraissaient importants lors de la traduction

[1] L'intitulé espagnol de *psychothérapeute du conseil* s'apparente stricto sensu en France à une branche de la psychologie qui étudie les moyens et les processus en jeux dans les choix d'orientation des personnes, dont l'application la plus générale se retrouve au niveau du choix professionnel (réalisation d'un bilan de compétences). Le terme de conseil pourrait ainsi donner écho à un champ spécifique de la psychologie, qui ne nous semble pas être pris dans ce sens là dans le texte.

[2] Le mot interprétation n'est pas à prendre nous semble-t-il sous l'angle d'un psy qui interpréterai les paroles de l'autre, au sens vulgairement psychanalytique du terme, au premier entretien, se mettant à distance, en prétendant avoir un savoir sur l'autre et passant à côté d'une écoute possible.

en t'énervant ou en te crispant ! Mais si tu te sens la force de le faire - si tu crois avoir cette force, évalue-la avant dans le calme - alors plains-toi, même si c'est seulement une plainte par écrit[3], en expliquant que la sécurité sociale n'offre pas d'espace de psychothérapie et de conseil individualisé ou en groupe.
Ça serait bien que beaucoup de monde fasse de telles plaintes, même très brèves. Mais si tu ne te sens pas la force ne le fais pas et ne t'inquiètes pas, dans tous les cas si tu le fais n'y consacre pas trop de temps. Ne perds pas d'énergie et continue ton chemin, car ce qui est important c'est d'essayer de résoudre ton problème et de trouver un soutien professionnel effectif pour ça.

2) Si finalement tu te retrouves obligéE de chercher unE professionnelLE dans le privé[4] (non-remboursé par la sécu), la meilleure façon est que ce soit à partir de quelqu'unE de confiance et qui te le/la conseille parce que ille a été en relation psychothérapeutique ou de conseil avec ce/cette professionnelLE et que ça a bien fonctionné. Mais demande à cette personne de confiance quelles méthodes utilise le ou la professionnelLE, comment étaient les séances, avec quelle régularité, à combien s'élevaient ses honoraires... et tout ce qui t'aide à te faire une idée la plus claire possible. Parce que même si ça s'est bien passé avec cette personne de confiance et qu'ille est, effectivement, unE bonnE professionnelLE, ça ne signifie pas automatiquement qu'avec toi ça va fonctionner, on est tous/toutes différentEs et cela fonctionne plus ou moins bien selon les méthodes et les personnes.
Si tu ne connais aucune personne de confiance qui puisse te faciliter l'accès à ces informations, tu devras te risquer à chercher de l'aide seulE. Alors garde bien en tête que le premier entretien, qui est toujours très important, peut être décisif pour continuer ou pas avec ce/cette professionnelLE.

[3] Les lettres de plaintes dans le système français sont à adresser à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales et la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.
[4] Dans le système français, dans le privé ou le public, les consultations chez un psychiatre sont remboursées, c'est un médecin spécialiste (attention aux dépassements d'honoraires). Les consultations chez un psychologue ne sont pas remboursées.

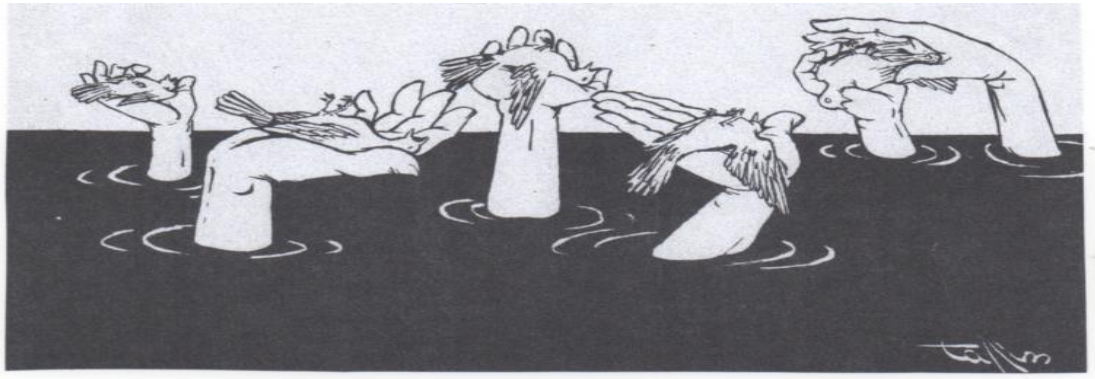
Les collectifs d'usagers en psychiatrie

«Quand des personnes non habituées à parler seront entendues par des personnes non habituées à entendre, de grandes choses pourront arriver. »

Usagers, survivants, psychiatrisés
En France, le terme qui prévaut dans le discours politico-associatif pour désigner les personnes « bénéficiaires » de soins psychiatriques est majoritairement celui d' « **usager** », comme on nomme toute personne utilisant un service public, quelle que soit la nature de celui-ci. Ça sonne courtois et policé, civilisé et discipliné, en un mot : citoyen. Dans la zone anglo-saxonne du globe, on parle plus farouchement de « **survivant** », et on comprend vite que celui qui s'entend avant tout comme victime de l'appareil psychiatrique n'a pas l'intention de fermer sa goule.
Le terme de « **psychiatrisé** », largement employé dans les année 70, est lui aussi efficace pour rappeler que c'est d'abord la société qui désigne le fou et s'acharne à vouloir le soigner, de gré ou de force, et que le fou n'est pas obligé de se laisser faire...cette dénomination sent bon la lutte, en général.

Ces trois termes sont révélateurs de différentes manières de concevoir la participation des malades à l'organisation des soins qui les concernent, et à leur manière de faire corps entre eux.

C'est bien aux « usagers » que s'adressent **les GEM**, Groupes d'Entraide Mutuelle crées par la loi de 2005, qui sont environ 350 aujourd'hui. On trouve de jolies phrases à leur propos. « Le but poursuivi est le désenclavement d'une population souffrant plus particulièrement d'isolement et d'exclusion sociale en instaurant à la fois des liens sociaux réguliers entre pairs et avec le reste de la cité. Entité juridique indépendante organisée en association loi 1901 composée d'adultes connaissant des troubles psychiques et de deux animateurs salariés, le GEM se doit d'être parrainée par une autre association dotée d'une compétence gestionnaire. Ce peut être une association d'usagers, de familles, toute association œuvrant dans le champ de la santé mentale ou un établissement de santé mentale. Le GEM doit s'efforcer d'être une passerelle vers la réinsertion sociale de personnes vulnérables et désocialisées.



Vers la désinsertion sociale

Une fois de plus, des infirmiers psychiatriques vont parler au nom des « Malades mentaux », soi-disant pour leur bien, pour leur réinsertion sociale. Il paraîtrait même que ces infirmiers larbins, voulant prendre en charge le sort de ceux qu'ils encouragent à détruire n'aient pas totalement réglé leurs problèmes avec les psychiatres qui les manipulent. De toute façon, si nous nous insurgeons contre toute réinsertion sociale, elle nous paraît encore plus abjecte quand elle se fait au nom des bons sentiments et de la charité chrétienne. Nous savons trop que les malades mentaux sont les purs produits de la famille, de l'école, d'une morale façonnée par le christianisme que a cartelé l'individu en faisant de son corps et de ses désirs une torture.

Et réinsérer l'individu dans une machine qui l'a détruit, revient à faire de lui une loque acceptant sans révolte toutes les mutilations.

Vous ne contiendrez pas longtemps ceux que vous enfermez. Il ne faudra pas vous étonner si un jour les « malades » retrouvent leur grande santé pour vous éliminer.

Vienne le temps où les déserteurs sociaux se soigneront en détruisant tout ce que vous défendez, en déferlant sur vos asiles pour anéantir votre outil de travail et tout ce qui vous fait si mal vivre

Un groupe du Mouvement Marge.

3) En fait, le premier entretien, dans le cadre d'une relation psychothérapeutique ou de conseil, aussi bien dans le public que dans le privé, est très important, et le/la professionnelLE, s'ille est habile, le sait. C'est bien que toi tu le saches aussi. Tu vas devoir expliquer, le plus clairement et concrètement possible, quel est ton problème. Prépare toi avant pour le faire, mais ne t'inquiète pas trop, parce que, si le ou la professionnelLE est compétentE, ille va t'aider à construire ta demande, c'est-à-dire que vous la construirez ensemble.
Mais prends bien en compte que c'est à toi de définir l'objectif de la relation psychothérapeutique ou de conseil, jamais au professionnel. L'objectif[5], c'est ce que tu espères résoudre, c'est-a-dire que c'est ce que tu attends de l'espace que vous ouvrez ensemble.
Si tu proposes des objectifs inatteignables dans le cadre d'une psychothérapie ou conseil, par exemple: « mon objectif est d'être heureux/se », si le ou la professionnelLE est compétentE, ille te le montrera d'une façon ou d'une autre, même en le corrigeant ou en le nuançant, mais ce sera toujours à toi de fixer ton objectif.
Le ou la conseiller/ère ou psychothérapeute, si ille a une éthique, te dira s'ille croit possible de t'aider ou pas, et dans le dernier cas, si c'est unE bonNE professionnelLE et si pour une raison ou une autre ille ne se sent pas capable de t'aider, ille te t'adressera à unE autre professionnelLE.

4) Lors du premier entretien, aussi bien dans le public que dans le privé, en plus d'expliquer ton problème et de rendre explicite ton objectif, il est

[5] Les vocables d'objectif et de contrat, que l'on pourrait passer avec un thérapeute, en place d'expert, nous rappelle beaucoup le langage managérial très en vogue actuellement, qui se déploie dans le domaine psy dans le champ des thérapies cognitives. Ce champ théorique fixe des objectifs aux personnes, on est bien loin par définition d'une écoute de ce qui fonde le sujet. Ces termes contrat et objectif peuvent hérisser dans ce texte qui va à l'encontre de cet état d'esprit et de cette place de rendement attendu et de pouvoir qui nous débecte.

conseillé de demander à le/la professionnelLE tout ce qui, concernant la relation d'aide que vous allez commencer, t'inquiète ou que ta curiosité te donne envie de savoir. Fais-le sans complexe, le/la professionnelLE, si ille est telLE, t'en remerciera, parce qu'entre autres choses, comme ça ce n'est pas que toi qui la ou le connaît, (toujours en tant que professionnelLE, c'est tout ce qui t'intéresse) mais lui/elle aussi commence à te connaître.

5) Que ce soit dans le public ou le privé, il est toujours bon de demander, en plus de ce que tu crois pertinent, les six questions suivantes à le ou la professionnelLE à qui tu t'es adresséE:

- Quel modèle, c'est-à- dire, quelles méthodes, utilise-t'ille ?

Ne te contente pas d'une généralité, du type : « je suis psychanalyste » ou « j'utilise le modèle de thérapie brève systémique » ou « vous le verrez au fur et à mesure »... Ille doit t'expliquer avec clarté, avec des mots que tu comprends, quel est essentiellement son modèle de travail, quelles sont ses méthodes. Ce qu'on ne peut pas expliquer simplement c'est qu'on ne le maîtrise pas.

- Quelle formation et surtout quelle expérience a-t'ille ?

-Travaille-t'ille en équipe et supervise-t'ille avec d'autres professionnelLEs ses cas[6]?

Le ou la psychothérapeute ou conseiller/ére qui travaille sans superviser ses activités n'est pas de confiance.

- Combien de temps, plus ou moins, dure chaque séance ? Et de combien de temps, plus ou moins, croit-ille que vous allez avoir besoin - une fois que tu as expliqué ton problème et ton objectif - pour mettre en place le traitement[7]?

Ne te contente pas de réponses du genre : « on verra » et moins encore de : « ça dépendra de vos effort ». UnE bonNE professionnelLE doit avoir la capacité de prévoir, une fois construite la demande, la durée du traitement, soit brève, soit longue ou très longue. Bien évidement on ne peut pas exiger d'ille une précision mathématique, mais au moins une

[6] Le « cas », par extension on entend le patient, le malade, le schizo, la chambre 19, l'iso, le dossier truc… tout ce qui habilement éloigne de l'autre, de sa subjectivité et d'une possible rencontre dérangeante.

[7] En France lorsque l'on parle de traitement c'est souvent sous entendu médicamenteux, c'est du traitement par la parole que nous parlons ici, bien que le mot traitement enjoigne une connotation scientifico-expérimentale.

Les appartements associatifs et les maisons communautaires sont des lieux de résidence où les résidents peuvent parfois être accompagnés dans leurs démarches sociales, professionnelles... Les résidents réalisent alors seuls leur vie quotidienne avec un suivi médical et infirmier régulier dans un C.M.P.

L'accueil familial thérapeutique offre un accueil, un hébergement au sein d'une famille, un suivi est proposé en parallèle par une équipe de soins.

Un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) est une structure ayant pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction, vis-à-vis des drogues ou de l'alcool. Ces centres regroupent les anciens centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) et les anciens centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA).

Les Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT), anciennement centre d'aide par le travail (CAT), sont des organismes médico-sociaux proposant aux personnes accueillies d'exercer une activité professionnelle « adaptée » à leurs difficultés psychiques ou physiques, accompagnée d'un soutien médical et social. Le travailleur handicapé intégré à un ESAT n'a pas le statut de salarié. Il ne peut donc être licencié. Toutefois, certaines règles du code du travail lui sont applicables : hygiène et sécurité, médecine du travail, congés payés. Attention à l'exploitation dans le domaine des rémunérations. Les ouvriers n'ont pas le droit de grève en ESAT.

En ville

Les **Centres Médico-Psychologiques** (CMP) sont des structures qui regroupent des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales, qui proposent des consultations, visites à domicile ou encore des soins infirmiers psy sur place. Contrairement aux praticiens libéraux, les consultations en CMP sont entièrement prises en charge par la Sécu. Les CMP sont en charge d'un secteur géographique déterminé (une ville comme Toulouse compte huit secteurs, telle adresse postale = tel CMP) ; ils sont rattachés à un hôpital public. Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.

Les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) proposent des ateliers thérapeutiques, et diverses actions de soutien (sorties thérapeutiques : théâtre, ciné, resto). Les personnes ne sont pas systématiquement prisent en charge tous les jours de la semaine, mais peuvent venir une ou plusieurs journées suivant les nécessités.

Les hôpitaux de jour (HDJ) sont des structures qui fonctionnent comme les CATTP mais dépendent d'une structure hospitalière. Les patients peuvent être pris en charge à la journée ou à temps partiel mais ces services peuvent assurer divers soins. Ils peuvent également proposer des ateliers dits "thérapeutiques". Les CATTP ont un prix de journée, le forfait hospitalier est plus ou moins bien remboursé selon les mutuelles, peu de mutuelles remboursent les séjours psychiatriques, attention aux petits astérisques en bas des contrats.

Les appartements thérapeutiques ont comme objectif de proposer un lieu de lien social possible par l'intermédiaire d'un appartement partagé. Les résidents y séjournent pour des durées limitées, ils reçoivent régulièrement la visite de personnels soignants.

approximation. Et ce n'est pas non plus exigible que soit fixée la longueur dés les premières séances mais un peu plus tard dans la relation d'aide. Les rapports psychothérapeutiques ou de conseil sans limite de longueur ont tendance à être inefficaces et tendent à accroître le développement de la dépendance que cet espace en lui-même peut engendrer.

- Est ce que c'est clair pour lui/elle la question du secret professionnel par rapport à ce que tu vas lui raconter[8]?

- Et, dans le cadre du privé, il faut évidement lui demander : combien sont ses honoraires et combien de temps à l'avance tu dois l'avertir pour déplacer une séance sans qu'elle soit à ta charge ?

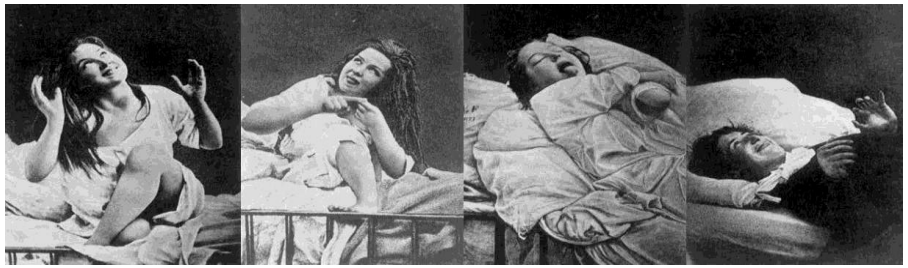
On doit insister sur le fait que, si ille est unE bonNE professionnelLE, loin d'en être dérangée, ille te remerciera pour ces six questions, et toutes celles que, sur la relation d'aide que vous allez construire, tu lui poseras dans le premier entretien, parce que ça lui permet, en plus de te connaître, de clarifier la relation, ou si on préfère : d'expliciter le contrat psychothérapeutique ou de conseil. En fait, si ille est unE bonNE professionnelLE, il est très probable qu'ille explique, à sa façon, toutes ces questions sans que tu les lui poses, si ille ne le fais pas poses-les.

6) Il est vivement recommandable que toutes les six ou sept séances[9] tu proposes au professionnelLE, qu'il soit dans le public ou le privé, de voir comment fonctionne l'espace, (c'est-à-dire : es-tu en train d'avancer par rapport au problème qui t'amène à la psychothérapie ou conseil ?) et que vous regardiez ensemble si il y a des nouveaux problèmes à aborder. Tout cela rend plus difficile l'apparition de ce qu'on peut appeler l'« effet dérive », c'est-à-dire, la perte de l'objectif.

---

8 Dans le cadre des rencontres avec un psy au sens large du terme, il peut être soumis à une saisi de ses dossiers par la justice ou simplement devoir fournir un dossier médical pour une expertise, ou sur demande (du « patient »), il est donc important de discuter des contenus des écrits avec le thérapeute, de leurs devenir, tout en le rassurant que non nous ne sommes pas parano mais seulement responsable et attentif à ce qui figure dans les dossiers. Il peut être accusé devant un tribunal de non respect du secret professionnel pouvant porter atteinte à son patient.

9 Le repère proposé dans le texte de six à sept séances est à prendre selon nous comme un repère temporel approximatif, pour établir des bilans intermédiaires et rouvrir la parole le plus souvent possible sur l'évolution du suivi, il ne nous semble pas à prendre de manière systématique et figée.



7) Au cours du développement de la relation d'aide il est très probable qu'il y aura des moments qui seront durs pour toi, c'est normal et tu le sais. Ce n'est pas le bon thermomètre pour savoir si tu avances ou pas ; ce qui te donnera la mesure c'est si ton problème est en train de se résoudre et si ton objectif se rapproche. Mais il peut aussi arriver que tu aies l'impression que tu n'avances pas ; ou même que tu recules. C'est légitime que tu te demandes si cela est dû au fait que l'aide de la ou le professionnelLE n'est pas efficace ou si c'est logique dans ton propre processus. Tu dois montrer tes doutes sans ambiguïté à le ou la psychothérapeute ou conseiller/euse, qu'il soit dans le public ou le privé.
Si ille est unE bonNE psychothérapeute ou conseiller/ére, et si effectivement tu n'avances pas ou tu recules parce que l'espace ne te convient plus, ille en conviendra avec toi : tout/es les professionnelLEs, qui le sont vraiment, savent que ça peut arriver même si illes sont très douéEs et habiles, et à ce moment là il faut en finir avec la relation d'aide et se tourner vers unE autre professionnelLE, si la personne prise en charge le souhaite, ou tout simplement laisser ouvert l'espace pour un autre moment dans l'avenir.
Par contre si ta non avancée et même ton recul fait partie du processus (du fait que tu colles au problème, par exemple, ou pour d'autres raisons), le ou la professionnelLE te le montrera et te donnera une explication, en te désangoissant dans la mesure du possible, et envisagera quels moyens ille considère nécessaires d'adopter et ille te spécifiera le temps approximatif que peut d'après lui durer ta non avancée ou ton recul.

8) N'oublie jamais que, dans le public ou dans le privé, tu ne cherches pas unE amiE, mais unE professionnelLE. Les relations psychothérapeutiques ou de conseil sont susceptibles, comme on l'a déjà

équipe pluridisciplinaire travaille autour de la personne et définit un projet de soins individuel adapté, établi et partagé avec elle et sa famille. Ces structures accueillent également des personnes en attente de place dans des Foyers de vie, des Foyers occupationnels….Ces structures sont ouvertes, la marge de mouvement des personnes étant plus grande que dans les structures d'admissions.

Les centres de post-cure assurent la continuité des soins après une phase aiguë de la maladie. Une post-cure est un hébergement thérapeutique résidentiel. Elle permet une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile, en proposant des suivis médicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux et un retour progressif à la vie en groupe visant à une certaine réinsertion sociale (du moins la leur, à débattre) et au retour à l'autonomie. De nombreux programmes différents existent, selon les structures, avec chacun leur spécificité. L'admission en post-cure se fait sur avis médical, sur dossier contenant une partie administrative, une partie sociale et une partie médicale. Les prises en charge sont celles de l'assurance maladie : CPAM, MSA,... Il existe de nombreux types de centres, notamment les centres de consolidation médico-sociaux, les centres de Soins de suite et de réadaptation en alcoologie pour des séjours de un à trois mois…

Structures proposées par le circuit de soins classique

Nous pensons bien évoquer les structures alternatives dans un prochain numéro

Cette description succincte des structures que proposent les établissements hospitaliers publics ne concerne que les adultes. Le Secteur Privé propose également des structures de soins regroupées dans des Cliniques Psychiatriques, qui déclinent des structures similaires.

Sur le site de l'hôpital

Service d'admission

Lorsque l'on arrive à l'Hôpital au moment de ce que l'on nomme la « crise » on est reçu en service d'admission. Ce service accueille les personnes pour des périodes normalement courtes, jusqu'à une certaine stabilisation psychique. Ces Services sont organisés autour de ce que l'on appelle « une partie fermable » et une partie ouverte. Les parties fermables regroupent les chambres d'isolement et des chambres retirées du reste du Service, ces parties proposant à priori des zones de stimulation dites moindres. Lorsque la personne se sent « mieux » et peut reprendre contact avec d'autres, elle accède à la partie ouverte, elle peut conjointement sortir dans les jardins des hôpitaux, assister à des ateliers thérapeutiques, en construisant auprès de son médecin psychiatre le projet de soin et les rythmes de sortie. Des sorties d'essais peuvent être demandées pour reprendre contact progressivement avec le « monde extérieur ».

Les services de soins de suite accueillent des personnes après un séjour hospitalier ou directement de leur domicile. L'objectif du séjour est de favoriser et permettre la récupération d'une certaine autonomie avant la sortie, ce sont en règle général des séjours intermédiaires entre une sortie d'hospitalisation en Service d'admission et la sortie définitive. Une

dit, de créer de la dépendance, tout cela peut et doit être travaillé et il faut toujours en tenir compte. Tu dois savoir que l'avantage d'unE professionnelLE est son expérience et qu'ille est « hors la fôret [10]», mais la solution à ton problème, la réalisation de l'objectif, va être ton œuvre à toi. La ou le psychothérapeute ou conseiller/ére, avec son écoute et son regard extérieur, va tout simplement t'aider, et peut être te guidera, mais vers l'objectif que tu désires, jamais vers ses propres objectifs. Tout ça c'est beaucoup, c'est toi qui pour le meilleur ou pour le pire, décides et fais.
Le ou la professionnelLE, si c'en est uneE et s'il s'y connaît, a tout à fait raison de montrer qu'ille est là, dans l'espace de relation d'aide, en exerçant la profession de laquelle ille veut vivre. Par et pour ces deux raisons : faire son travail et vivre de ça, et pour rien d'autre. Et s'ille est unE bonNE psychothérapeute ou conseiller/ére, ille essaiera de ne jamais l'oublier.

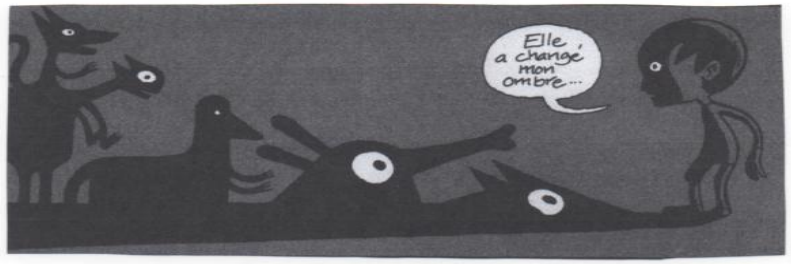
9) Quand tu auras fini la relation d'aide parce que ton problème est résolu (parce que tu l'as surmonté, ou parce que même en ayant persisté, tu as acquis la capacité de le voir et de t'y confronter d'une façon nouvelle qui ne te produit plus de souffrance ou la réduit significativement), aussi tu te seras d'avantage connu à toi-même et tu auras appris une méthode que tu pourras maintenant t'appliquer, dans certaines situations, seulE. Le ou la psychothérapeute ou conseiller/ére habilE, sait que dans chaque cas ille partage ses connaissances d'expertE et cherche consciemment à le faire dans le but d'être moins nécessaire à la personne dont ille s'occupe.
La fin positive d'une relation psychothérapeutique ou de conseil n'implique pas que tu n'auras plus jamais de problèmes, rappelle-toi que « la vie est chronique » et que les problèmes font partie de celle-ci et du développement continu, et cela ne veut pas dire que tu ne désireras pas ou n'auras plus jamais besoin d'un espace d'aide, ce qui est important, si les choses se sont bien déroulées, c'est que les problèmes soient nouveaux ou/et dans un plan différent - supérieur dans ta croissance d'être humain- c'est-à-dire, le plus important est que tu ne retombes pas dans la répétition de la même rengaine.

---

[10] L'expression « hors la forêt » comme positionnement du thérapeute, nous a semblé à entendre sous l'angle de « hors la forêt de nos vécus personnels et ressentis », à l'orée du bois, à côté mais pas dans notre vécu, reprécisant que c'est à nous d'y voir plus clair dans cette forêt, guidé par le thérapeute.

10) Les réflexions de ce décalogue, sont utiles, à notre avis, pour n'importe quel modèle de psychothérapie ou de conseil sur des problèmes que tu choisis, que ce soit dans le public comme dans le privé. Il n'y a aucune raison valable selon les théories psychothérapeutiques ou de résolution des problèmes humains existantes, pour qu'unE professionnelLE ne tienne pas compte des réflexions qui sont recueillies ici, ou pour qu'ille ne réponde pas aux questions que l'on propose de poser[11]. Ne pas tenir compte de tout cela et l'absence de réponse, peut seulement provenir de raisons personnelles et non professionnelles, et du fait de travailler avec des méthodes du genre « discourir sur le discours de l'autre », ou du « bonNE samaritainE », ou de « gourou » et assimilés, ça ne sera pas basé sur des modèles psychothérapeutiques ou de conseil sur des problèmes.

Antipsychiatrie et Contrepsychologie, Hiver de 2004. Traduit de l'ouvrage collectif « UHP. (¡ Unios Hermanxs Psiquiatrizadxs en la guerra contra la mercancia !) » édité par Taller de Investigaciones Subersivas UHP. Madrid. Mai 2007.

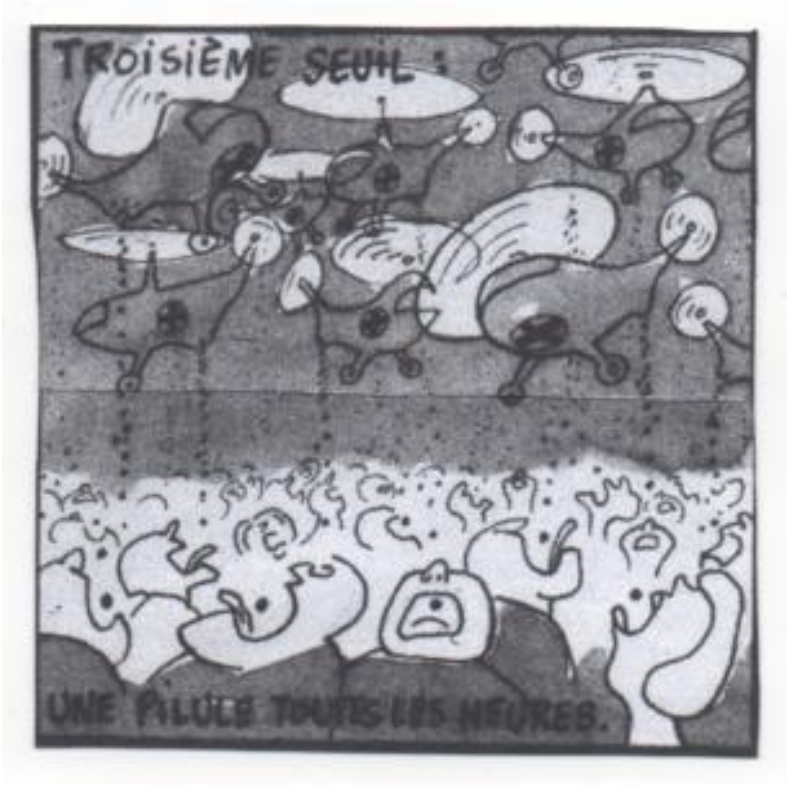


Attention ! Il ne s'agit pas de se culpabiliser si l'on ne réussit pas à poser toutes ces questions d'emblée lors du premier entretien. On n'est pas forcément toujours en état de soutenir cette posture d'emblée et de s'exprimer avec suffisamment de force face au thérapeute. Mais cela reste un support vers lequel il faut tendre au plus tôt.

[11] Nous souhaitions mettre en garde nos lecteurs contre l'utilisation de ce texte comme un catalogue de questions en rafales à poser au thérapeute. Il nous semble important de resituer dans la parole avec lui, de lui expliquer, pourquoi il nous parait nécessaire de répondre à ces questions, qu'elles sont légitimes et que nous tendons vers un positionnement responsable, et que non nous ne sommes ni parano ni méfiant juste conscient du cadre et de ses biais. Ceci afin de préserver une posture de confiance et d'écoute, nuançant notre approche et la rencontre avec l'autre.

correspondre à de nouvelles molécules. Alors quand la fraîcheur de la nouveauté se double d'un marché bien lucratif en perspective, le petit monde de la psychiatrie bénit en chœur la jolie petite pathologie nouvellement éclose...et s'attache à en étendre le champ à la génération qui vient: le groupe d'experts chargés de la révision du DSM, soumis pour la première fois à une clause de confidentialité (!!!le silence est d'or...!!!), doit décider cette fois-ci de l'inclusion ou non dans celui-ci du diagnostic de trouble bipolaire infantile ...sus aux sautes d'humeur de l'enfant, qui rit puis pleure, et que cent diagnostics s'épanouissent, et que les chiards, bien cachetonnés, nous foutent la paix!

Les pouvoirs publics sont eux aussi friands de ces nouvelles étiquettes, qui ouvrent un terrain de jeu supplémentaire à leur biopouvoir, autorisant le déploiement d'une panoplie de recommandations coercitives pour mater l'apparition du monstre – cf. le rapport de l'Inserm qui voyait dans la détection précoce de l'hyperactivité un moyen de prévenir la délinquance, en évitant le passage à l'acte du gosse de trois ans, qui aurait fait l'objet d'une attention toute spéciale...- encore et toujours se donner les moyens de gérer le trouble, en laissant la sphère médiatique et son auditoire se gargariser des nouveaux bons mots, faux-semblants, marionnettes qu'agite l'empereur pour continuer à perfectionner en paix son arsenal répressif.



tournant date de 1980 : leur nombre est porté à 265, c'est la fin des approches psychologiques du début du DSM, et le début d'une réforme complète de la clinique.

Pour offrir la sécurité d'un raisonnement scientifique et démontrer l'efficacité du médicament, laboratoires de neurochimie vont vouloir utiliser les statistiques et la comparaison avec le placébo, qui exigent de sélectionner des groupes homogènes de malades présentant exactement les mêmes symptômes, pour disposer d'ensembles de cas comparables et sur qui expérimenter les traitements. Alors qu'en psychiatrie, on sait pertinemment qu'il est impossible de trouver des « causes », des « marqueurs spécifiques » et qu'aucun examen de laboratoire ne permet d'objectiver les pathologies...Avec le DSM, le rêve des rationalistes des siècles passés est réalisé : on est enfin parvenu à enfermer la maladie mentale dans une classification, à cerner définitivement ce que l'on entend par folie, à mettre de l'ordre dans ce qui, justement, représente le désordre. Le médecin est capable d'établir un diagnostic infaillible, sans se baser sur son intuition ou son expérience et sans avoir une connaissance approfondie du malade, puisque les symptômes subjectifs se sont changés en symptômes objectifs adaptés à un traitement. L'histoire du malade, la psychopathologie, le sens de sa maladie, l'influence des contextes socio environnementaux, relégués à l'arrière plan, cèdent la place à une uniformisation des pathologies, à un système diagnostic clair, net et précis, où seule compte l'énumération des symptômes, individualisés et codifiés. La psychiatrie s'éloigne alors des conceptions philosophiques, psychologiques et sociologiques pour obéir au modèle médical strict. Elle devient une psychiatrie de laboratoire où la maladie mentale apparaît de plus en plus comme relevant de la médecine organique. Une fois étiqueté, le patient peut être mécaniquement orienté vers des protocoles de soins standardisés...ne cherchez pas alors d'espace pour une expression d'un soi singulier, qui serait ouvert par une thérapie par la parole, il a été piétiné; d'ailleurs bien souvent le/la patient.e même s'accroche à cette nouvelle identité (« je suis schizophrène », la belle affaire!) comme à une bouée de sauvetage..en omettant ses défauts de fabrication. Dur de lui faire lâcher prise par la suite! Car ne pas se reconnaître dans le diagnostic monodirectionnel apposé, c'est aussi admettre et dire que le soin reçu en systématique n'est potentiellement pas tout à fait adapté à un cas particulier, et que peut-être la place de la personne dérangé.e est ailleurs...mais où?

Les conditions de rédaction du DSM V ne risquent pas d'apaiser une tendance paranoïde déjà sous-jacente à bien de nos délires... Les petites magouilles à effets collatéraux désastreux qui se trament en haut lieux continuent de plus belle. Les rédacteurs du DSM sont encore une fois « tiraillés » entre leur mission de nomenclature des troubles psychiques, pour lesquels ils indiquent les traitements « idoines », et les subsides qu'ils perçoivent à divers titres de la part des labos pharma, producteurs de ces mêmes traitements. Il a été clairement prouvé que des pathologies telles que la « bipolarité » ou l' « hyperactivité » ont été autrefois inventées pour

Vous ne trouverez pas dans cette brochure de passage sur les différentes pathologies, nous n'avons en effet pas souhaité participer à ce festival d'étiquetage psychiatrique.

Comment on arrive en Psychiatrie ?

Aujourd'hui on arrive au sein de l'Hôpital Psychiatrique :

- par la rencontre d'un médecin généraliste ou la consultation auprès d'un psychiatre qui préconisent une hospitalisation
- ou par l'intermédiaire des suivis auprès des Unités Territoriales d'Action Médico-sociale (Circonscription sociale qui regroupe toutes les grandes missions sociales du Conseil Général : AZEU, PMI, aides aux personnes âgées, aux handicapés, aux familles)
- ou lorsque l'on arrive aux urgences générales puis que l'on est transféré aux urgences dites psychiatriques
- ou sur demande de la famille ou d'un proche
- ou lors de « troubles de l'ordre public » par les forces de l'ordre

Modalités d'hospitalisation en Psychiatrie

L'hospitalisation libre est le régime habituel d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux publics et s'applique lorsque l'état de santé de la personne nécessite des soins en hospitalisation. La personne est consentante aux soins, elle signe elle-même son admission à l'entrée à l'hôpital et donne l'autorisation éclairée de soins. Le médecin généraliste rédige éventuellement un certificat médical préconisant l'hospitalisation et présentant les éléments de souffrance. Pour la sortie de l'Hôpital, si le médecin estime que la personne court un risque, il lui demande de signer une décharge avec une sortie contre avis médical ; si la personne refuse

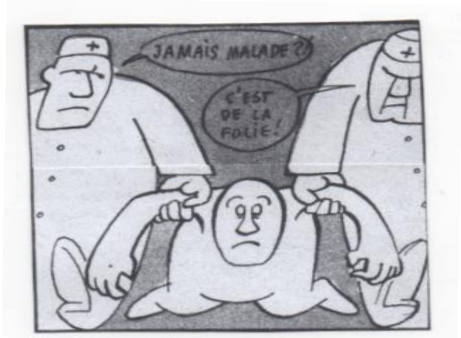
D'abord il faut souligner qu'aucune plainte n'a jamais été déposée par un médecin pour avoir été obligé d'accepter quoi que ce soit de la part des firmes, ou pour avoir été forcé à recevoir les visiteurs médicaux et à prescrire ce que l'industrie pharmaceutique lui demandait à travers la presse médicale gratuite, la formation médicale continue payée par les firmes, les nombreux à-côtés, échantillons gratuits, ristournes et privilèges.

En France, l'Afssaps, Agence française de sécurité sanitaire des produits pharmaceutiques , qui accorde les autorisations de mise sur le marché aux nouveaux médicaments , affirme sans vergogne sur son site internet « avoir fait le choix d'un recours massif à l'expertise externe, afin de pouvoir recourir aux meilleurs spécialistes de chaque discipline. Les collaborations que ces experts peuvent effectuer par ailleurs pour le compte des laboratoires pharmaceutiques sont connues et considérées comme un gage supplémentaire de compétence. L'indépendance des experts et la transparence de la procédure de nomination constituent donc un objectif premier et requièrent un mode de gestion des éventuels conflits d'intérêts. » Or, opportunément, elle considère comme liens mineurs des intérêts inférieurs à 5 000 euros ou 5 % du capital d'une firme , comme si de tels montants ne pouvaient pas influencer la personne concernée. Enfin, plus de la moitié des experts en situation de conflit d'intérêts élevé (plus de 5 000 euros ou 5 % du capital) ne quittent pas la réunion comme le règlement de l'agence les y oblige.

Au niveau mondial, l'outil principal servant de pont entre psychiatres et industrie pharmaceutique est le DSM, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, publié par l' American Psychiatric Association. La puissance financière de l'Association Américaine de Psychiatrie, qui regroupe plus de la moitié des psychiatres du monde, a imposé les classifications du DSM III à toute la planète. Même l'OMS s'y est accordée puisque son CIM (Classification internationale des maladies mentales) en est une copie conforme. Avec la parution du DSM IV en 1992 et prochainement celle du DSM V, on continue de s'acheminer vers une redéfinition complète des troubles mentaux. La liste des symptômes s'allonge encore pour justifier toujours plus de prescriptions médicamenteuses. Il y a surtout une urgence de distribution et de vente, plutôt qu'un réel besoin de soigner.

Il est intéressant de voir comment ce manuel a évolué, de manière...symptomatique.

Si le Malleus Maleficarum désignait avec certitude les sorcières et les hérétiques, le DSM donne tous les signes grâce auxquels, sans erreur, on peut reconnaître le fou.



Alors que la première édition de 1952 comprenait 106 catégories diagnostiques, celle de 1968 en compte déjà 182; mais le véritable

soutenir dans la traversée non médicamenteuse de son délire (« Un voyage à travers la folie »).
Mais est-on aujourd'hui seulement prêt à sortir un orteil de notre bain culturel, où la raison est l'omniprésente valeur cardinale, sans être assuré, garanti du résultat? Est-ce seulement envisageable, quand le principe de précaution et le risque zéro sont en passe de devenir des droits fondamentaux de l'être humain?
Alors quid? Le décalogue esquisse quelques pistes, comme la centralité du/ de la patient.e, sa participation pleine et entière au soin comme impératif catégorique , le/la soignant.e se devant d'expliquer en détail les tenants et les aboutissants du traitement proposé, de lui demander régulièrement ses impressions et son ressenti vis-à-vis de celui-ci et d'opérer alors les ajustements nécessaires, en pensant avec lui la possibilité d'un arrêt serein du médicament.
Mais outre cette proposition espagnole, il peut être intéressant d'aller voir ce qui se fait au Québec, notamment au sein des réseaux comme celui des Ressources alternatives en santé mentale, qui développe avec d'autres, depuis la fin des années 90, un modèle dit de **« Gestion autonome de la médication »**. Ce réseau se dit « préoccupé de replacer l'enjeu de la médication psychotrope dans une perspective plus large de qualité de vie et de réappropriation du pouvoir. Plutôt que de prendre position pour ou contre les psychotropes, [illes] s'interroge[nt] sur les conditions permettant que le recours à la médication face aux problèmes de santé mentale puisse constituer un instrument au service de l'amélioration et de l 'élargissement de la capacité d'agir et d'être des personnes , et non, comme cela se produit trop souvent, une réponse qui vient accentuer une expérience d'aliénation et de souffrance. En s'appuyant sur les témoignages et récits de personnes concernées, certaines de ces conditions sont précisées. Ainsi, la médication (psychotrope) peut être un instrument ne faisant aucun obstacle à l'appropriation du pouvoir et à l'amélioration de la qualité de vie: lorsqu'elle s'accompagne d'autres pratiques de travail sur soi et de soutien; quand elle est accompagnée de l'information adéquate; lorsque le médecin prend le temps de donner sens à l'expérience et au traitement proposé; lorsqu'elle permet de réduire ou de supprimer certains symptômes et de redonner de la stabilité à l'existence; quand la personne est trop « basse » ou en crise. ».
Reste bien évidemment à s'entendre dans la qualification des états traversés...

_le choc des maux, le poids des labos

Enfin, on ne peut évoquer la problématique des traitements psychotropes sans évoquer ceux qui les produisent, à savoir les labos pharmaceutiques, et ceux qui les prescrivent, à savoir les psychiatres...et les liens incestueux qui les lient.

de signer sa sortie, ce refus est constaté par deux témoins qui peuvent appartenir au personnel soignant. Il peut arriver que la mesure d'hospitalisation libre soit transformée en HDT, la famille étant amenée à se prononcer sur le souhait de sortie de la personne hospitalisée.

Le droit de visite par la famille et les amis dans les structures est consigné par le médecin psychiatre référent (fréquence, qui peut-on appeler), selon l'alliance thérapeutique et le niveau d'écoute. Il peut se parler en termes de bénéfice/risque pour la personne, une prise de recul quant à l'environnement proche étant quelque fois souhaitable et souhaité dans les premiers temps d'hospitalisation.

L'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) s'applique quand la personne n'est pas consentante aux soins ou que l'on juge altérées ses capacités de consentir à ceux-ci. Dans ce cas, un tiers signe la demande manuscrite d'admission. Le tiers peut être un membre de la famille, un proche ou une personne agissant « dans son intérêt » dixit la loi (à l'exclusion des personnels soignants ou de direction de l'hôpital). Une assistante sociale peut être acceptée comme tiers. Le tiers rédige par écrit la demande d'hospitalisation, qui accompagne deux certificats médicaux établis sous 15 jours. Dans le cas d'un mineur la procédure d'HDT n'a pas de support

légal : il appartient au titulaire de l'autorité parentale de prendre la responsabilité de l'hospitalisation. Des sorties dites « d'essais » (12 heures maximum, accompagné ou non) sont mises en œuvres pendant le temps de l'hospitalisation ; si la personne ne réintègre pas le Service à l'heure prévue, un avis de fugue est émis auprès des Services de Police après une demi-heure.

Une fois la personne hospitalisée, la levée de l'HDT peut être obtenue de diverses façons :

- soit par un membre de la famille (conjoint, ascendants, descendants majeurs) ou par la personne qui a signé la demande d'admission (sauf opposition d'un proche)

- soit après un certificat médical émanant du psychiatre référent

- soit automatiquement par non-production des certificats de quinzaine ou des certificats mensuels, en effet le psychiatre doit fournir un nouveau certificat médical circonstancié tous les quinze jours puis tous les mois.

- soit par décision judiciaire prononcée par le président du Tribunal de grande instance qui peut être saisi par le procureur de la République, le patient et toute personne lui portant intérêt.

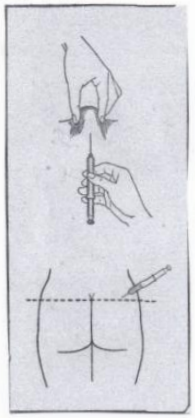
L'hospitalisation d'office (HO) concerne les personnes compromettant l'ordre public et la sécurité d'autrui. Il s'agit alors d'une mesure administrative prise par le préfet du département (préfet de police à Paris). Deux procédures sont possibles :

- dans la procédure courante le médecin rédige un certificat médical

autrement, toutes celles et ceux pour qui le médoc est une **béquille** rassurante car familière, apprivoisée à la longue, bien plus prévisible dans ses manifestations que celles qui surviendraient suite à un arrêt brutal même si courageux du traitement.
Opter pour une approche non médicamenteuse d'un trouble psy chez un « primo-arrivant » en psychiatrie, ou libérer les psychiatrisés sous contrainte pour leur offrir un meilleur asile, car démédicalisé, soulève encore d'autres problématiques: quel type de lieu et quelles approches du soin pourraient convenir à tout le monde, à toutes les pathologies? Et si l'on restreint le champ des bénéficiaires, ne court-on pas le risque de contribuer à une médecine à deux vitesse , avec un soin correct pour celleux ayant connaissance de ces lieux (par réseau affinitaire par exemple) et les moyens d'y vivre, et pour les autres l'HP public en crise, où il va être de plus en plus ardu de mener le combat? Ou est-ce un faux problème, dissimulant l'**urgence à créer des lieux de vie à « mixité psychique** », où brindezingues et déprimé.es sévères cohabiteraient avec des individu.es correctement cortiqué.es (sic), participant de conserve aux activités collectives, mais bénéficiant d'un soutien/ d'un soin particuliers, prodigués par des membres soignants (ou non) du groupe? Cette question d'une professionnalisation du soin psy plus ou moins indispensable est également soulevée par d'autres types de projets, comme celui cherchant à faire entrer en contact des individu.es en crise, avec des gentes disponibles pour leur apporter un soutien pour une période donnée, et d'autres tout disposé.es à accueillir sur leur lieu de vie les un.es et les autres le temps nécessaires.

Reste cette question: à l'égard du médicament, quoi plaider? Se garder de tout simplisme, eût-il la force percutante d'un slogan libérateur. Si le« Zéro Médoc » doit avoir une place dans notre réflexion, se sera sans doute celle de l'horizon vers lequel tendre, en prenant le temps de mesurer l'ampleur du changement de paradigme sociétal nécessaire avant de pouvoir l'atteindre. Voir l'énergie, l'attention, le chamboulement, la disponibilité quasi exclusive que nécessitait le travail avec une seule et unique personne comme Mary Barnes, qui dans les années 60 vécut à Kingsley Hall avec notamment R.D. Laing, David Cooper et Joseph Berke pour la

la fesse ou ailleurs, à intervalle régulier, le produit salvateur viendra se stocker dans les muscles et la graisse et diffusera ses vertus au fil des jours, sans risque d'oubli...ni de rebuffades (ah, ce comprimé vachardement dissimulé sous la langue avant d'être recraché en douce! Même plus possible avec les traitements orodispersibles, qui fondent si délicatement sitôt en contact avec la salive...)



Et pourtant. Et pourtant on ne veut pas ici lancer la vindicte des fou.lles en croisade impitoyable contre Le Médicament et ses Administrateurs. Parce qu'on a affaire ici au sensible, parce que le rapport de chacun.e à son traitement est singulier – il peut aussi être vecteur d'apaisement, de répit, permettant de reprendre son souffle, d'être de nouveau à même de suivre une conversation et de se raccommoder avec la logique, de ne pas par trop effrayer, indisposer, malmener ses proches sans même s'en rendre compte, d'arriver à penser le lendemain, d'être enfin capable de prendre du recul sur sa pathologie, de **se l'approprier**, d'en définir les contours avec la clarté d'esprit que permet un choix de traitement judicieux et un dosage approprié. En passer par là pour aller vers le mieux? Mais qu'on nous l'explique au moins, qu'on nous détaille les conséquences physiques de ces molécules missionnées pour guérir nos têtes, et en temps opportun, et en des termes appropriés encore ! Plutôt que de poser un voile pudique sur ces manifestations monstrueusement sales d'un corps récalcitrant, qu'on ose nous dire pourquoi il nous faut subir cela, en plus du reste, **ce « secondaire » en résidence**, le vertige des jongleries médicamenteuses. Plutôt que de nous faire le boniment (« désormais mademoiselle », dit le psychiatre rondouillard avec tout le sérieux requis, « il vous faudra quitter la table en ayant encore faim »...magnifique couple que celui du « désormais » et de la perspective de prendre ce traitement à vie!). Or qu'apprend-on, dans une enquête auprès de 74 psychiatres français datant de 1999? Que dans 88% des cas le syndrome malin, dans 74% des cas la dyskinésie tardive et dans 63% des cas les troubles sexuels ne sont jamais évoqués spontanément par le/la psychiatre comme étant des effets secondaires possibles des neuroleptiques.
Et quand le traitement de base s'accompagne d'un correcteur , difficile de ne pas trouver que l'architecture du soin se complique, et de faire taire cette farouche impression d'être le **gentil cobaye** et pourvoyeur de fonds de l'industrie pharmaceutique, contributeur direct au Grand Trou de la Sécurité Sociale!

Mais prôner le refus du médicament comme l'alpha et l'oméga d'un soin digne d'être vécu, comme prérequis pour conserver sa validité voire sa valeur et sa dignité d'être humain dans une démarche de soin, comme revendication indispensable de tout contestataire qui se respecte, c'est faire peu de cas et montrer bien du mépris vis-à-vis de toutes celles et ceux à qui l'on n'a même pas laissé le choix d'envisager le soin

circonstancié et le préfet prononce, au vu de celui-ci, l'hospitalisation d'office. (Il sera directement inscrit sur un fichier des HO à la préfecture)

- dans la procédure d'urgence, en cas de danger imminent, pour la sûreté des personnes, le médecin atteste de la dangerosité et le maire peut alors prendre des mesures d'urgence.

La loi du 4 mars 2002 subordonne l'hospitalisation d'office à trois conditions : l'existence d'un trouble mental, la nécessité de soigner ce trouble, et une atteinte grave à l'ordre public.

Le maire de la commune ou les commissaires de polices pour les grandes villes signent un arrêté provisoire sur lequel le préfet doit se prononcer sous 24 heures. Faute de confirmation préfectorale, l'arrêté provisoire n'est plus valable au bout de 48 heures.

Un certificat immédiat est établi dans les 24 heures par le psychiatre de l'établissement hospitalier, constatant la « pathologie » et justifiant l'hospitalisation ; un certificat réitère la nécessité du placement tous les 15 jours.

L'hospitalisation d'office est possible à l'encontre des mineurs.

La sortie est prononcée après arrêté préfectoral abrogeant l'HO.

Une forme particulière d'HO est celle qui découle d'un non lieu judiciaire après application de l'article 122-1 du Code pénal qui établit une irresponsabilité pénale, généralement pour les cas d'homicide. Dans ce cas la sortie ne peut être prononcée par le préfet qu'après deux expertises indépendantes et convergentes (autant dire que cela n'arrive jamais).

Une hospitalisation d'office peut être levée de différentes manières, par

décision préfectorale:

- soit par la production d'un certificat de demande de levée d'HO rédigé par un psychiatre et transmis dans les 72 heures au préfet qui doit statuer (selon la circulaire du 11 janvier 2010), le psychiatre devant fournir des renseignements précis : sur le lieu où va se rendre la personne pendant la sortie, incluse dans l'« organisation de la surveillance médicale », les antécédents (autres HO, séjours en UMD) précisés par le Chef d'établissement, les « éléments de nature à éclairer l'appréciation préfectorale » (secret médical largement « partagé »)

- soit par décision judiciaire, comme dans le cas d'une levée d'HDT où le président du Tribunal de grande instance peut être saisi par le procureur de la République, le patient ou toute personne lui portant intérêt,

- ou bien après expertise de 2 psychiatres n'appartenant pas à l'établissement et choisis par le représentant de l'état, établissant que le patient n'est ni dangereux pour lui-même ni pour autrui.

Acteurs du contrôle administratif de l'hospitalisation sous contrainte

Le directeur de l'établissement d'accueil doit s'assurer de la conformité des demandes d'admissions et les transmettre à la Préfecture.

A titre exceptionnel et uniquement en cas de « péril imminent » pour la personne, le Directeur d'établissement peut prononcer son admission au vu d'un seul certificat, c'est une hospitalisation à demande d'un tiers d'urgence (HDTU)

La Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

nature même, par le contexte de son administration également. Et c'est aussi pour cela que toujours il nous faut contester son utilité, la pertinence de sa prescription; la méfiance est de mise, indispensable, et légitime la remise en question permanente du traitement par les psychiatrisé.es...remise en question perçue avant tout et plus ou moins consciemment par les soignant.es comme une remise en question agressive de leur personne même, mais qu'illes vont appeler **non compliance**, non observance, non adhérence ou non adhésion...bref, ça colle pas! ça se rebiffe, ça se plie pas! c'est pas d'accord, c'est pas en fusion!...et alors: ça affole, et la longue chaîne du personnel entourant le/la psychiatrisé.e, de la personne nettoyant la chambre au praticien de renom, va faire des pieds et des mains pour mener à bien sa mission vitale: l'absorption par le/la patient.e de la molécule sans laquelle le soin n'est rien.

Peut-on dès lors s'étonner qu'assez vite le médoc devienne l'objet d'un **joli jeu de dupes**? Le psychiatre et le psychiatrisé jouent au chat et à la souris, dedans comme dehors ensuite, « oui oui oui je prends bien mon médicament monsieur le psychiatre», « très bien, très bien, vous n'avez pas repris le cannabis non plus j'espère? », « ah noooon, nooon, nooon, c'est fini tout ça », et on y croit dur comme le pot de fer contre le pot de terre. Le hic: est-ce que la personne qui dézingue, est-ce que la personne en souffrance n'aurait pas mieux à faire que de se contorsionner pour satisfaire le ponte, que de s'efforcer de **bâtir des leurres « convaincants » pour le système** ? Quelle perte de temps et d'énergie...qui pourraient être employés plus utilement ailleurs... pour se pencher sur soi par exemple, pour se rétablir, pour reprendre pied, y compris avec l'aide de thérapeutes pour qui l'observance ne serait pas le seul sujet d'inquiétude, le seul objet de discussion soignant-soigné lors des entretiens!
Encore et encore il nous faut dénoncer la montée en flèche de l'**approche psychopharmaceutique** au détriment des psychothérapies par la parole (moins quantifiables – tarifiables), dans le public comme dans le privé. Le soin ne s'adresse plus au patient mais à ses synapses, et comme tout cela est bien trop complexe pour lui, comme surtout on est bien en peine de le transcrire en un vocabulaire compréhensible, on ne se donne pas la peine de lui expliquer le but de la manœuvre, les leviers sur lesquels on joue, le corpus scientifique auquel on se réfère.
La parole du fou est dérangeante, son comportement est perturbant et imprévisible, on ne sait qu'en faire, alors étouffons une bonne fois pour toute le symptôme à coup de molécules, en persuadant le patient que hors médicament, point de salut, que l'arrêt de la prise sans accord médical rimera fatidiquement avec rechute...forcément, puisqu'à aucun moment ce symptôme n'aura été pris en considération, comme la manifestation visible d'un bouleversement intérieur plus profond qu'il s'agirait bien au contraire de questionner...La nature du terrain n'est pas respectée, et en plus on le pollue de substances tout sauf anodines..Et quand la bête se montre trop retors, on lui impose – puisque l'injonction de soin permet cela...on est loin du **consentement éclairé du malade** requis dans les autres champs de la médecine pour que celle-ci puisse s'exercer – le système des injections-retard: gentiment administré par une piqûre dans

Quitter l'hôpital, sans projet de sortie vraiment pensé au préalable (parce que restriction budgétaire rime avec turn-over des lits, et manque de personnel, et nombre de places limités en lieux de post-cure ou en structures dites « d'alternatives à l'hospitalisation »- du type appartements protégés ou thérapeutiques), pour se retrouver en solo et ramollo dans son appart, flippé à l'idée de croiser le regard du voisin et les préjugés qu'il y a dedans. ..est-ce vraiment un mieux? Le médoc doit permettre « intégration », en limitant le délire et les angoisses, mais **quelle intégration** est recherchée en vérité? : logement, travail, stabilité géographique et émotionnelle, fréquentations « fréquentables », zéro conso d'alcool and co, acceptation docile de la visite de contrôle à domicile de l'infirmière, pas trop de bruit, pas trop de fureur, etc. Là encore la psychiatrie détermine ce qui est le normal, le bon et le souhaitable « pour tous », et le médoc est bien souvent un excellent moyen de persuasion pour convaincre de la validité du modèle d'intégration promu (« vous n'êtes pas stable en ce moment [comprendre: vous contestez un peu trop vivement nos pratiques], nous ne pouvons pas envisager de diminuer le dosage du traitement... »). La **norme de santé psychique** à atteindre, celle recherchée par l'univers psychiatrique, semble être celle d'un individu atone, d'humeur toujours égale, pas trop joyeux, pas trop triste, idéalement béatement satisfait de son sort, qui ne (se) pose pas trop de questions, dont le quotidien morne est réglé comme du papier à musique de chambre,...étonnamment, ces traits idéaux de caractère correspondent à ceux d'un **individu gérable**, car prévisible, car docile; en un mot: à ceux du citoyen idéal. Ne cherchez pas dans cet individu là quelque force de vie, quelque libido, quelque aptitude contestataire...le « soin » les a consciencieusement abrasées,lessivées, retournées, extirpées. Étonnamment la consommation de tranquillisants en tous genres « dans la cité » et par des gens « normaux » a un peu le même effet: le marketing de masse qui a accompagné l'apparition sur le marché du Valium dans les années 60 a suscité des travaux sur la fonction de contrôle social remplie par le « complexe médico-industriel », qui réussirait à médicaliser les tracas de la vie quotidienne, à détourner l'attention des déterminants sociaux de la détresse psychologique, notamment celle des femmes (au bénéfice de qui, je vous le demande...), et à pacifier des groupes éventuellement porteurs de revendications sociales.

Où enfermait-on, déjà, les opposant.e.s au régime en Union Soviétique? Dire l'autre fou, c'est discréditer sa parole et la légitimité de son propos, mais c'est aussi s'assurer la possibilité de le faire taire, en l'enfermant, en le privant, à l'aide de « thérapeutiques » chimiques, de ses pleines capacités cognitives. La société qui tolère le traitement psychiatrique de la pensée autre, qui cautionne le système en se taisant et en faisant la sourde oreille, accepte de se voir amputer d'une partie de ses membres, les plus remuant.es et les plus impatient.es sans doute, les plus à même de la revivifier peut être. Alors, gardons brûlant en tête ce point de lucidité: le médicament a joué, joue et jouera toujours un rôle contre-révolutionnaire, par sa

(CDHP) est chargée d'examiner la situation des personnes hospitalisées. Cette instance est informée de toutes les hospitalisations sous contrainte, elle pratique des visites régulières dans les établissements, examine les dossiers, elle rencontre les personnes hospitalisés à leur demande. Elle peut proposer au Président du Tribunal de grande instance d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement. La Loi du 30 octobre 2007 a institué un Contrôleur Général des lieux de privation des libertés, nouvelle autorité administrative indépendante.

Droits d'une personne hospitalisée sans son consentement

- elle a le droit d'être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits (nous apprécierons le « à sa demande)
- elle a le droit de communiquer avec le Préfet, le Juge des libertés et de la détention et le Président du Tribunal de grande instance (en adressant une requête), le Maire et le Procureur de la République
- elle a le droit de saisir la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques et/ou le Contrôleur Général des lieux de privation des libertés
- elle a le droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix
- elle a le droit d'émettre ou de recevoir des courriers

- elle a le droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement hospitalier et de recevoir les explications qui s'y rapportent
- elle a le droit de vote
- elle a le droit de se livrer aux activités religieuses et philosophiques de son choix
- elle a le droit d'accès à son dossier administratif et à son dossier médical (plus d'infos sur adocpsy.org)

« toxiques » (pétards and co) parce que « ça va je gère », difficulté à faire face seul.e au retour en force des symptômes qui se réveillent après avoir été longtemps étouffés....Ou **récit d'autogestion « réussie » du dosage** quand on commence à bien se connaître et à avoir apprivoisé la molécule – achtung, il s'agit pas de jouer à la petite chimiste ni au champion du cocktail – mais par exemple: « je vois des potes ce week-end et je voudrais pas être à plat, pour ce médoc là je vais prendre qu'une demie dose » ou à l'inverse « boudu je commence à entendre des voix et je vais pas arriver à me les gérer seul.e, je vais prendre une dose et demie de ce machin »...Ou encore expliquer pourquoi un **arrêt préparé par une diminution progressive des doses**, en coopération avec le/la psychiatre/prescripteur.euse, a pu permettre une certaine sérénité et une certaine confiance en soi , mine de rien, parce qu'on avait comme roue de secours un espace d'écoute si ça vrillait...
Attention, même s'il est absurde ici de conseiller de « consulter votre médecin ou votre pharmacien », on rappelle que tout cela ne s'improvise pas, que ça se tâtonne et que ça se mûrit, que ça nécessite une bonne dose de lucide auto-observation et des capacités d'analyse, et que les conclusions qu'on en tire ne sont **pas réplicables de manière automatique à tou.tes les individu.es** (un même dosage aura des effets différents sur chacun.es, etc..). Mais le risque peut en valoir la chandelle...quand le cerveau gagne en clarté, on tient le bon bout!

__billet d'humeur

Comme on l'a vu plus tôt, l'arrivée des neuroleptiques a permis d'envisager un retour à la vie sociale de l'individu. En étouffant les manifestations les plus criantes de sa souffrance (accès de violence incontrôlables notamment), en anesthésiant son individualité perturbée, en l'équipant d'une camisole chimique bien plus discrète que son ancêtre de grosse toile, on le rend disposé à rejoindre ses pairs humains **« dans la cité »** (le joli gargarisme) – seul problème : **dans quelles conditions** ?

Lors de l'hospitalisation, on aura appris à renoncer à l'euphorie que pouvaient provoquer des voix, à l'excitation du délire, pour se résoudre à se retrouver sans libido, sans énergie vitale ni aucun allant, et avec trente kilos en plus en quelques mois...jusqu'où faut-il être acculé.e pour porter allégeance à une telle **« alliance thérapeutique »** ? Et quand on erre depuis dix ans dans les circuits de la psychiatrie officielle, où peut-on encore trouver l'énergie pouvant rendre supportable de confronter son corps à une énième molécule, à apprivoiser un nouveau traitement? Et quand on a des perpétuelles impatiences, qu'on plafonne sans y prendre gare, qu'on se tape des poussées d'acné phénoménales et qu'on bave tant et plus, qu'on s' hérisse la face de tics..se sent on vraiment au top pour une **« réinsertion sociale »** sans douleur et sans stigmatisation?

couramment utilisés, qu'il s'agisse d'une monothérapie, d'une succession de traitements en monothérapie ou d'une association de plusieurs médicaments psychotropes . La résistance au traitement est jugée définitive après échec d'au moins trois tentatives thérapeutiques conduites pendant au moins 6 semaines (on plaint le cobaye d'exception). A titre d'exemple, dans le cas des schizophrénies, la résistance aux médicaments usuels caractériserait 25 % des cas...erreur de diagnostic ou constat d'échec? Quelle est cette part obscure de l'individu.e qui ne se laisse pas amadouer et mater, qui fait fi et menace l'efficacité, donc la validité et l'équilibre de tout l'appareil psychiatrique et de ses artifices?
Et quid de l'**effet placebo**, tout autant difficile à cerner, et qui lui aussi invalide la singularité de l'efficacité de la molécule pharmacologique, en obtenant un résultat équivalent à celle-ci sans être générateur d'un quelconque effet secondaire ? L'effet placebo est majeur dans les études sur les antidépresseurs; quand on sait la quantité phénoménale de ces produits qui est ingérée chaque année dans l'hexagone, on est en droit de se demander de quoi la population a réellement besoin.

_où parler médoc ?

Certains lieux de soin (CMP, Hôpitaux de jour) ont la bonne idée d'organiser des ***séances « éducation au médicament »***, lors desquelles généralement un.e pharmacien.ne explique de quoi il retourne. L'idée sous-jacente est de vous faire mieux « adhérer » au traitement en vous l'expliquant, donc prudence et lucidité, mais entendre parler de dopamine et de récepteurs à un moment dans son « parcours de soin » permet de comprendre comment ces molécules ingurgitées jouent sur le cérébral et le reste.
Dans l'idéal, où que vous soyez, on peut espérer très fort qu'un ***groupe d'usagers/usagères*** se soit constitué autour de cette question du traitement, pour échanger autour de cette partie du soin rarement bien vécue, mais aussi pour ***s'échanger trucs et astuces*** développés pour rendre tout cela moins pénibles. La liste peut être longue: changer le moment de la prise pour pouvoir aller au ciné sans s'endormir; préférence pour tel ou tel produit de la même famille; gestion des « impatiences » et « plafonnements »...Mais aussi réflexions sur des **arrêts un peu trop spontanés** des traitements - moment mal choisi, défi personnel trop difficile, montée d'angoisse associée à cette décision, efforts démesurés pour faire « comme si » vis-à-vis des proches et des soignants, reprise simultanée des

Les Professionnels

La multitude des termes qui se rattachent au champ psy, nous a conduit à tenter d'établir un certain panorama exhaustif des différentes disciplines et approches thérapeutiques qui se pratiquent, afin de traduire un peu la portée du langage propre à ce domaine. Vous trouverez en fin de brochure des liens internet et des noms d'auteurs pour approfondir si vous le souhaitez chaque approche.

Au sein des institutions psychiatriques que ce soit en ville, sur les hôpitaux, où au sein des cabinets libéraux, nous sommes amenés à rencontrer des psychiatres, des psychologues, des infirmiers psy, des aides soignants, tous n'ont pas la même formation et ne peuvent proposer de psychothérapie. **Un psychiatre** est un « Docteur en Médecine » ayant fait un internat de Psychiatrie (qui est une spécialisation, soit 5+4 ans d'études). **Un psychologue** obtient le titre de « Psychologue Clinicien » après cinq ans d'enseignement Universitaire jusqu'en troisième cycle ou bien celui de « Docteur en Psychologie » (si il poursuit un Doctorat). **Un infirmier Psy** est un infirmier d'Etat ayant suivi un cursus rattaché à l'enseignement universitaire, jusqu'au niveau Licence (BAC +3).
Qui peut se nommer psychothérapeute ?
En France, l'activité psychothérapeutique est rattachée à la Psychiatrie (Science Médicale) et à la Psychologie (Science Humaine). Les anciens psychothérapeutes sont aujourd'hui « les coachs », ne pouvant plus user légalement de ce titre. Selon les pays, le titre de psychothérapeute est ou n'est pas protégé.

Les disciplines et courants

La psychiatrie est une spécialité médicale qui traite de la maladie mentale, elle est une partie de la médecine qui s'intéresse aux origines, au diagnostic, à la prévention et au traitement des troubles affectifs et mentaux. Un psychiatre peut notamment établir des ordonnances médicamenteuses, prescrire une l'hospitalisation avec ou sans consentement, suivre des personnes en injonction ou obligation de soins, réaliser des expertises...

La Psychologie Clinique s'oriente dans le Champ de la psychopathologie de l'adulte et de l'enfant, elle envisage une approche théorique et pratique du fonctionnement psychique. Deux méthodes, non exclusives, peuvent être utilisées : l'entretien clinique et les tests (qualifiés de « projectifs » et « de niveau »). Elle prend appui sur des conceptions psycho-dynamiques de la vie mentale, mais aussi sur des techniques psychothérapeutiques. La psychologie clinique est née en France dans les années 1950 des apports de la psychanalyse qui lui a donné un de ses modèles de compréhension tant du fonctionnement psychique, en termes d'instances, topiques etc. que de ce qui s'y joue (transfert, identification, projection, clivage etc.). La visée de la psychologie clinique est la compréhension, en termes d'équilibre, des forces en présence (pulsions et défenses) et des significations inconscientes, des symptômes, traits de caractères ou comportements qui ont provoqué la souffrance du sujet. La psychologie clinique n'est pas exclusivement psychanalytique, elle peut être sous tendue par d'autres théories. Le symptôme est porteur de sens et la singularité du sujet est mise au premier plan, tout comme son vécu, et son discours qui, lui-même, est considéré comme une « verbalisation ». Le but de la psychologie clinique est d'appréhender l'unité et l'unicité du sujet dans une démarche thérapeutique, qui est sous-tendue par un logos (savoir) appartenant aux sciences humaines.

(crise comitiale). L'intensité du syndrome de sevrage est généralement lié à la durée et au degré d'addiction. Le syndrome prolongé de sevrage aux benzodiazépines se produit chez 10 à 15% des patients, les manifestations de sevrage ne disparaissent qu'après plusieurs mois, voire plusieurs années (jusqu'à 10 ans).

Ce syndrome peut en outre se traduire par un « **phénomène de rebond** » (augmentation des symptômes déjà présents avant la dépendance).

On appelle « **correcteurs** » des médicaments qui sont utilisés pour corriger certains effets indésirables rencontrés avec les Neuroleptiques et les Antidépresseurs imipraminiques principalement. Attention à une prescription associée trop automatique, ils peuvent par eux-mêmes entraîner certains effets indésirables (constipation, sécheresse des muqueuses), le joli cercle vicieux que voilà, il faut donc demander à réévaluer régulièrement leur utilité. Les quelques noms donnés ici n'ont pas valeur de recommandation.

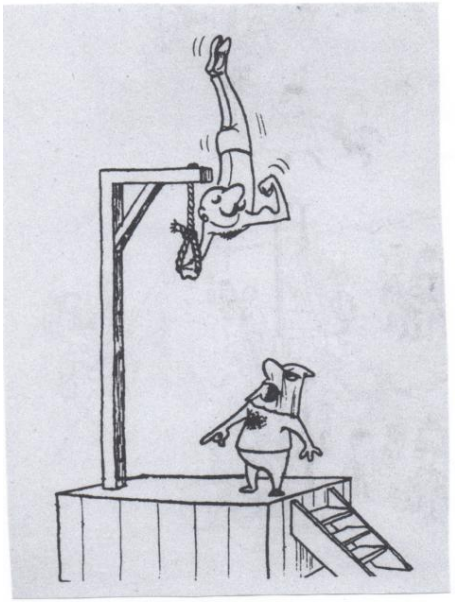
· Les effets neurologiques (raideur, tremblements, mouvements anormaux des yeux ou de la bouche) sont corrigés par des antiparkinsoniens , comme le PARKINANE L.P, le LEPTICUR , l'AKINETON.

· L'hypotension orthostatique (vertiges en position debout au lever) peut être corrigée par l'HEPTAMYL ou le PRAXINOR.

· La sécheresse de bouche peut être améliorée par le SULFARLEM, et des boissons fréquentes par petites quantités. La sécheresse oculaire peut être améliorée par un collyre.

· La constipation sera traitée quand toutes les autres solutions ont échoué par des laxatifs adaptés à chaque situation (quand adaptera-t' on en institution les menus des patient.es en fonction de cette problématique fondamentale, plutôt que de la traiter en systématique avec des produits corrosifs qui vous bousillent (de) l'intérieur?)

· Une hypersalivation nécessitera une consultation médicale pour une adaptation posologique, et éventuellement un traitement.

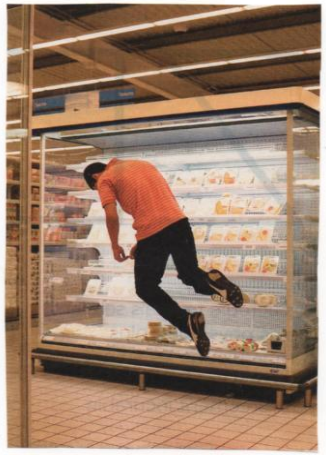


Peu étudiée et peu documentée -doit-on s'en étonner?-, **la résistance** caractérise l'impossibilité de réduire de façon satisfaisante les signes cliniques de la maladie (symptômes) avec les médicaments

visage pour un temps indéterminé ensuite...)

moins fréquent:

- vigilance et bilans sanguins obligatoires quand traitement par LEPONEX, avec risque de ***neutropénie et agranulocytose*** (1% des patients « soignés » avec cette molécule contracteraient ces pathologies)
- ***accidents thromboemboliques***
- ***syndrome malin*** (1% de cas lors de cure neuroleptique) , avec un tableau clinique bien garni, rempli rapidement en quelques heures ou insidieusement en quelques jours (3 à 9) avec les neuroleptiques en forme dépôt: hyperthermie, rigidité musculaire et augmentation du taux sanguin de CPK(Créatine PhosphoKinase, protéine importante dans le métabolisme énergétique), trouble de la conscience avec mutisme ou stupeur , trouble du système nerveux autonome avec parfois : une pâleur, une hypersudation, une sialorrhée, une tachycardie, une hypertension modérée, une tachypnée, une incontinence, des hallucinations . C'est une réaction grave, pouvant engager le pronostic vital, qui n'est pas dépendant de la dose.
- ***intoxication au lithium*** (lithiémie trop élevée) augmentant le risque d'insuffisance rénale, de confusion, de coma, de convulsion, de collapsus pouvant aller jusqu'au décès. Il est bon de savoir que les mécanismes d'action de l'ion lithium (Li+) restent encore incertains, que sa concentration dans le plasma varie beaucoup selon les individus, et que donc, au vue des risques élevés(on dit « fenêtre thérapeutique étroite »), la mesure de la lithiémie est un examen fréquent (elle doit rester comprise entre 0,5-0,8 mmol/l) pour déterminer un dosage personnalisé et approprié du traitement (une fois par semaine au début, puis tous les mois).



Enfin, un effet secondaire majeur ayant des répercussions à plusieurs niveaux, le **syndrome de sevrage** se caractérise par un certain nombre de symptômes neurologiques centraux et périphériques, neuropsychiques, neurovégétatifs et métaboliques. On estime qu'un tiers des utilisateurs chroniques de benzodiazépines en sont victimes. Les symptômes du sevrage sont une anxiété, de l'irritabilité, des troubles du sommeil, des douleurs diffuses, des troubles sensoriels et digestifs. La tension artérielle peut subir une hypotension orthostatique. Dans ses formes les plus sévères, le sevrage s'accompagne de délire psychotique, de convulsions, d'hallucinations et de malaise avec perte possible de connaissance

Les psychothérapies (qui signifient thérapies par la psyché) proposent de soigner par « l'esprit » des souffrances tant psychiques que somatiques dans le cadre d'une relation à un psychothérapeute.
La psychothérapie est distincte du **counseling ou du coaching**, terme en vogue dans les pays anglo-saxons, qui ne présuppose ni formation universitaire ni formation à la psychopathologie, bien que ces activités soient parfois exercées par des psychologues et/ou des psychiatres de formation.

La psychologie du conseil et de l'orientation est une branche de la psychologie qui étudie les moyens, les méthodes et les processus en jeux, liés aux choix et aux possibilités de vie, dont l'application la plus générale se retrouve au niveau du choix professionnel (réalisation de bilan de compétences). Elle peut utiliser des tests dans le cadre d'un conseil individuel.

La psychothérapie institutionnelle
A partir de la guerre de 40 les patients psychiatriques sont tout simplement considérés comme devant être gazés avec d'autres populations telles que les juifs et les tziganes. En France ils sont laissés pour compte, le nombre de mort dans les asiles durant cette période en témoigne. À l'époque, les hôpitaux gardent, en général, une structure concentrationnaire. Certains psychiatres réagissent et un mouvement s'ancre politiquement autour notamment de l'espagnol François Tosquelles. Condamné à mort par le régime de Franco, il se réfugie en France à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole, en Lozère, avec dans ses bagages, deux livres : celui d'Hermann Simon (Hermann Simon, Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt ; c'est dans ce livre que l'on trouve la thèse qu'un établissement est un organisme malade qu'il faut constamment soigner) et la thèse de Jacques Lacan (Jacques Lacan, De la psychose paranoïaque dans ses rapports

avec la personnalité), dont il fait réaliser pendant la guerre des éditions clandestines par l'imprimerie du club des malades de l'hôpital. Il participe alors à la transformation de Saint-Alban. Ce dernier, républicain marxiste de sensibilité libertaire, a déjà eu l'occasion de transformer la pratique médicale en Espagne, pendant la guerre civile. Il a, par exemple, embauché des prostituées comme personnel soignant (voir le film réalisé sur François Tosquelles : Politique de la folie). Dès le départ, la richesse des références est une des caractéristiques de ce mouvement : la psychiatrie bien sûr, mais aussi Karl Marx, Célestin Freinet (un instituteur ; Freinet prête son imprimerie à l'hôpital de Saint-Alban). Plus tard, les techniques de groupe nord-américaines (Kurt Lewin, Jacob Levy Moreno) sont introduites à Saint-Alban par M. Monod qui y est psychologue, la psychanalyse, le surréalisme. Le directeur, Lucien Bonnafé, orchestre cette activité, il reçoit Paul Éluard qui transforme Saint-Alban en plate-forme d'édition clandestine, ainsi que d'importants agents de liaison de la Résistance comme Georges Sadoul ou Gaston Baissette. On y retrouve des psychiatres comme Paul Balvet, Georges Daumézon, Félix Guattari, Jean Oury (en 1953 il fondera à Cour-Cheverny, La Clinique de la Borde, qui deviendra un haut lieu de la psychothérapie institutionnelle). Tout cela pour fonder sur le terrain une pratique qui prenne en compte la souffrance psychique. Tosquelles déclarera un jour que la psychothérapie institutionnelle doit marcher sur deux jambes : Karl Marx et Sigmund Freud, dont les œuvres permettent de penser les deux aliénations, l'une psychopathologique, l'autre sociale. La psychothérapie institutionnelle est une pratique qui recherche avant tout, pour le préserver, le côté humain de la relation. Naturellement et insidieusement nocif, le milieu hospitalier traditionnel peut et doit être orienté dans une approche thérapeutique pour ne pas devenir source de pathos à son tour. Impliquant le sujet dans une vie collective active et ordonnée, elle le met ainsi, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa guérison. Il n'est plus simplement pris en compte le patient, mais aussi le lieu dans lequel il vit, il s'agit de lui permettre d'être actif, et non pas simplement un objet de soins, c'est un sujet et non un objet. L'idée de base est de se servir du milieu hospitalier comme facteur thérapeutique. Le

patient augmentent la dose, pour obtenir une efficacité identique à celle prévalent en début de traitement, au lieu d'essayer d'arrêter le traitement ou le remède à l'origine du problème.

Dans les **effets secondaires neurologiques**, on retrouve:

- un ***syndrome extra-pyramidal*** qui comprend les dyskinésies aigües (contractions involontaires de certains muscles par exemple), le syndrome parkinsonien neuroleptique (avec les trois éléments classiques que sont le tremblement, l'akinésie et l'hypertonie), le syndrome hyperkinétique (impossibilité de rester en place, impatiences, etc.)
- ***et des dyskinésies tardives*** -DT- (3 mois après la première administration) avec des mouvements stéréotypés continus, du visage surtout, et parfois des balancements rythmiques des membres ou du tronc. 20 à 40 % des patients traités par des neuroleptiques classiques en seront atteints. 10% d'entre eux souffriront d'une forme sévère alors que 50% présenteront uniquement une DT légère à modérée.

Il ne faut pas oublier les **effets endocriniens :**

- ***dysménorrhées*** voire aménorrhées (à nous les tests de grossesse à répétition quand le doute survient..), galactorrhée, et gynécomastie chez les hommes
- ***prise de poids*** et sensation de faim
- ***impuissance sexuelle***, anéjaculation, sécheresse vaginale, absence de désir et de plaisir

Les **effets neurovégétatifs:**

- ***sur le système nerveux central*:** effet sédatif ; mais aussi, surtout avec les benzodiazépines, augmentation du sommeil lent léger, au détriment du sommeil lent profond qui diminue, empêchant une récupération psychique et physique correcte, et dans une moindre mesure du sommeil paradoxal (moins de rêve)
- ***sur le système nerveux autonome périphérique* :**hypotension artérielle, tachycardie, sécheresse buccale (avec une salive diminuée, le pH change, et gaffe aux caries et dents pourries!), augmentation modérée de la pression intra-oculaire, constipation (alors pensez à manger suffisamment de fibres -fruits et légumes, céréales complètes...- pour tenter d'échapper aux prescriptions de laxatifs, et à leurs effets nocifs sur la flore intestinale si précieuse et si fragile..)

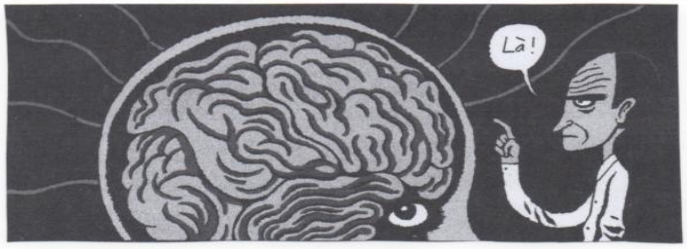
Les **effets allergiques et toxiques:**

- ***photosensibilité*** (si c'est le cas, indice élevé de crème solaire l'été -surtout si le contraceptif éventuellement utilisé, pilule par exemple, augmente aussi la photosensibilité- sinon gare aux tâches type « masque de grossesse » sur le

d'une conférence d'un psychiatre pour l'Unafam de Côte d'Or, en essayant de rendre compréhensible le langage un poil technique employé. Alors:

Dans les **effets secondaires psychiques**, on rencontre notamment:

- un syndrome ***de passivité et d'indifférence affective***, qui comporte une neutralité affective, une perte de l'initiative motrice, une somnolence, un apragmatisme, une apathie, une inertie psychique et un désintérêt intellectuel. A noter: ces phénomènes peuvent caractériser l'apparition, après la réduction des manifestations psychotiques productives, de la pathologie déficitaire propre à certaines pathologies psychotiques (on était à fond, on prend des neuroleptiques, on devient raplapla)
- un ***état dépressif***, notamment suite à la perte du délire consécutive au traitements
- des ***réactivations anxieuses et délirantes***, dans le cas des neuroleptiques désinhibiteurs qui réveillent des tendances auparavant masquées par l'inertie des manifestations négatives de la maladie (autisme notamment) – (on était raplapla, on prend des neuroleptiques désinhibiteurs, et hop on carbure à fond)
- des ***états confusionnels*** (surtout chez des patient.es fragiles: personnes âgées, sujets déshydratés, patient.es alcooliques)
- des ***réactions paradoxales***, qui concerneraient 5% des gens à qui l'on a prescrit des benzodiazépines, qui au lieu d'avoir l'effet calmant attendu provoquent agitation, cauchemars, tendances suicidaires sévères, comportements impulsifs, hallucinations, dissociation (désintégration de l'égo), dépersonnalisation (ou déréalisation, sentiment de perte de sens de la réalité), crises de violence non provoquées. Malheureusement, de telles réactions psychiques sont souvent mal diagnostiquées et au lieu de supprimer le produit, le patient et le médecin interprètent ces symptômes comme des raisons de continuer à prescrire le produit qui cause le problème
- une ***tolérance au produit***: apparaît quand la dose d'origine ne donne plus le même effet qu'avant, suite à la consommation chronique et à l'accumulation de la substance dans le corps. Dans le cas d'une tolérance aux benzodiazépines, l'usager à long terme peut alors se sentir fatigué et apathique, indifférent et passif, souffrir de pertes de mémoire et de capacités cognitives réduites. Cela peut aboutir quelquefois à ce que le médecin ou le



« désaliénisme » implique le personnel non plus comme seulement exécutant, mais soignant, engagé. Les mouvements affectifs qui se créent entre les patients et les gens de leur entourage (soignants, administratifs, ouvriers...) sont reconnus et recherchés. Les échanges ne se font pas qu'avec une seule personne, mais partout où le patient entre en relation: le transfert englobe alors l'ensemble de la situation institutionnelle et devra donc être appréhendé en tant que tel dans des espaces de parole institués.

La Thérapie Familiale Systémique

A Palo Alto, banlieue de San Francisco, dans les années 50-60, des psychologues et des psychiatres mettent en avant l'idée de système pour analyser les phénomènes psychiques. Les groupes d'individus tels que la famille et le couple sont alors étudiés comme des systèmes à part entière, régis par des lois qu'il faut dégager. La pathologie mentale d'un individu est donc une résultante d'une anomalie du système en lui-même. Toute famille fonctionne selon des règles, un consensus tacitement respecté par tous les membres. Si un seul élément change, l'équilibre familial s'écroule. Tout manquement à l'accord tacite provoque une crise, pouvant amener à la faillite du système. Le symptôme est alors un régulateur de la relation, un contrat d'échange reposant sur une complémentarité pathologique familiale. Tous les membres sont actifs, même quand ils freinent le changement. La thérapie familiale est directive puisque le thérapeute donne la solution du changement, prenant en compte les deux niveaux de communication : le registre verbal et le registre gestuel (intonation, rythmique). Le thérapeute est « l'opérateur » dans le système, exemple ou modèle pour la famille. Lors du premier entretien, le thérapeute cherche à connaître les motivations de la famille, l'objectif étant en quelques séances de réorganiser le groupe familial sur un modèle moins couteux en termes de souffrance de relations.

L'Antipsychiatrie

La conviction centrale de l'antipsychiatrie est que l'asile devrait disparaitre et les malades retrouver tous leurs droits de citoyens dans une société qui pourrait les accueillir et prendre en compte leurs potentialités créatrices. La psychiatrie est une institution non pas médicale, mais politique et/ou religieuse médicalisée s'attachant à résoudre non pas les problèmes ou les maux des patients qu'elle traite, mais bien les problèmes posés à la collectivité par le comportement de ces mêmes patients, et ce au moyen de procédés coercitifs (internements, traitements, mensonges). Cette approche questionne la relativité du normal et du pathologique, l'objet de l'antipsychiatrie est l'invalidation de la dichotomie "sain"/"pathologique" instituant la notion de "norme"

déstabilisant, lire ces brochures peut être inquiétant, percevant d'emblée l'étendue des manifestations qui pourraient nous arriver, l'imprégnation des témoignages proposés dans ces livrets pouvant être traumatiques certaines fois. Pour faire un parallèle, le cancérologue ne nous distribue pas de brochure sur tous les cancers qui existent et l'ampleur des manifestations qui en découlent.

Les laboratoires organisent des parrainages sous forme de "*débats formatifs*" abondant dans leur sens de la vision de la maladie, ils pratiquent des visites régulières pour "*conseiller*" les équipes, ils démarchent auprès des psychiatres, offrant des cadeaux proportionnés à la quantité de médicaments prescrit, au « poids », du stylo aux voyages à l'étranger en passant par le matériel informatique, toutes sortes de produits promotionnels. Tous les moyens sont employés pour privilégier l'approche organiciste dans le soin en psychiatrie.

_les effets secondaires et les correcteurs: revue de « détail »

Comme toute puissance active visant à modifier de supposés dysfonctionnements physiologiques ou psychiques, les médicaments employés en santé mentale produisent un certain nombre d'effets dits « secondaires », ou « indésirables »...qui bien souvent sont **au premier rang de nos préoccupations** et pèsent bien lourd en comparaison des bénéfices que le traitement est sensé apporter, pas toujours perceptibles. L'expression « dommage collatéral » serait plus juste, avec le cynisme qu'elle comporte...

Il ne s'agit pas ici de se faire peur en imaginant qu'on va tout cumuler, vu la chance qu'on a habituellement, ou que le truc le plus rare va nous tomber dessus parce qu'on est verni depuis l'enfance. Mais plutôt de voir à quoi s'attendre, de savoir que ces effets indésirables existent, et donc de pouvoir en imputer la cause au médicament (et pas au mauvais sort ou au complot mondial contre bibi) quand ils surviennent.

Afin également de **pouvoir, toujours, en parler avec les soignant.es**, et ainsi éventuellement modifier les dosages, prendre des correcteurs, voire décider de changer de traitement.

Et aussi, encore et toujours, rappeler comment il est inadmissible, **insupportable** de faire courir de pareils risques à des individu.es, de leur faire subir pareille infamie (« quel gâchis ce qu'il est devenu depuis qu'il prend ce traitement... »), sans trop leur en parler qui plus est, afin de ne pas altérer leur « adhérence au traitement » et d'en garantir la « bonne observance ». Encore et toujours porter ce problème sur la place publique, Encore et toujours porter ce problème sur la place publique, pour contraindre les autorités sanitaires à interdire la vente de certains médocs, pour -est-on naïf ?- réclamer aux labos des prods moins nocifs (où se place l'acceptable ?), et pour ne pas laisser des gens mourir abruptement sans qu'on s'en offusque outre mesure.

Pour lister un certains nombres de ces effets indésirables, je reprends ici des éléments

aussi pour beaucoup une couverture pour les labos, qui espèrent en étant le plus exhaustif possible se protéger contre tout procès - « ah oui mais on vous avait prévenu »)...

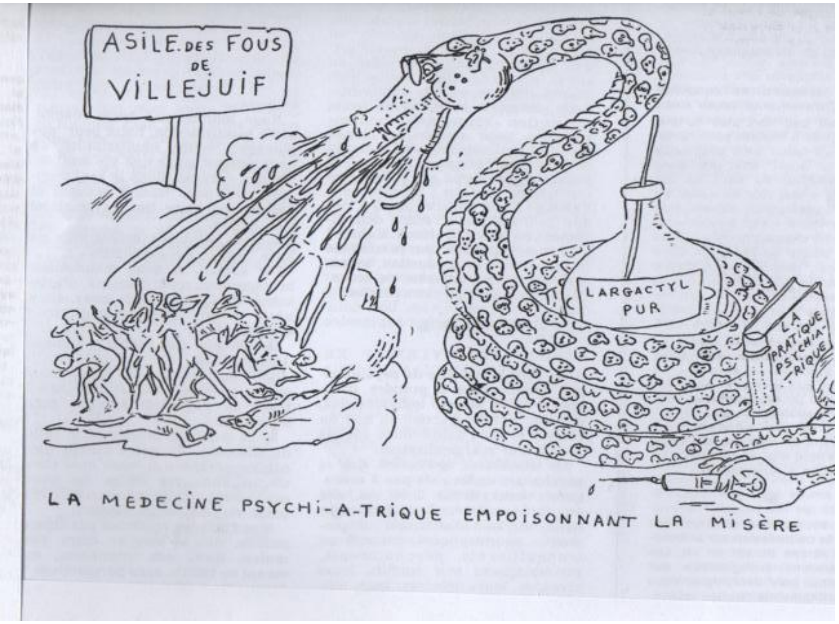


Illustration tirée d'un numéro de Psychiatrisés en lutte de 1976

attention attention_ dans les genre « document qui va vous expliquer de quoi il retourne jeune homme », nous avons ***le livret explicatif publié par le labo:***

Les laboratoires pharmaceutiques répandent leur vision minimaliste et intéressée dans les structures psychiatriques. Ils proposent ainsi des "*livrets explicatifs*" sur les pathologies, légitimant l'utilisation de la molécule que le laboratoire propose sur le marché juteux des médicaments. Ces brochures isolent par exemple ce qu'est une hallucination, perdant totalement de vu l'aspect personnel et singulier de chaque hallucination, éjectant toute possibilité de se réapproprier nos délires et le sens qu'il pourrait nous apporter, reléguant les personnes sous des étiquettes génériques, tous pareils. Ces livrets s'inscrivent dans le courant de la psychoéducation, où les soignants sont détenteurs d'un savoir universel sur qui tu es et ce dont tu souffres. Leur utilisation peut être dangereuse, lorsque l'on est en phase de découverte de ce que l'on a en nous, ce qui peut être suffisamment dérangeant au départ et

comme paradigme anatomique et sanitaire plutôt que comme variable sociale, sociétale, morale, philosophique, politique, et consacrant de ce fait la confiscation, par les psychiatres, de problématiques politiques et sociales comme mesure de salubrité publique. Nés au début des années 1960, des psychiatres comme Ronald Laing, David Cooper, Aaron Esterson en Angleterre, Franco Basaglia, Giovanni Jervis et Gian Franco Minguzzi en Italie, Louis Le Guillant, Lucien Bonnafé, François Tosquelles en France s'engagent dans une riche polémique avec Michel Foucault. Aux Etats-Unis, Thomas Szasz, psychiatre américain, dès les années 1950, publie de nombreux ouvrages très critiques à l'égard de l'institution à laquelle il appartient. Szasz dénonce l'utilisation de la psychiatrie comme moyen de contrôle social, comparant le rôle du psychiatre envers les déviants à celui des inquisiteurs face aux hérétiques. Léger Bémol, en 1969, il cofonde avec l'Eglise de Scientologie la Commission des citoyens pour les droits de l'homme pour lutter contre les abus psychiatriques. Cet organisme se présente comme ayant pour objectif de lutter contre les « violations des droits de l'homme en psychiatrie » (c'est-à-dire le recours abusif aux psychotropes, à l'électroconvulsivothérapie et aux internements), voire contre la psychiatrie tout entière.

Pour se référer à l'Italie, c'est à Trieste que s'est tenu en 1977 le plus grand rassemblement « antipsychiatrique » de la décade qui vient de s'écouler. Trois mille personnes campaient dans l'hôpital désaffecté dont les murs étaient recouverts de graffiti : « la liberté est thérapeutique.» Franco Basaglia débute sa carrière médicale en 1961 en prenant la direction de l'hôpital psychiatrique de Gorizia, non loin de Trieste, à la frontière yougoslave. Gorizia était ce qu'étaient à l'époque tous les hôpitaux psychiatriques italiens : une vaste renfermerie où les patients attendaient la mort dans une temporalité immobilisée depuis le XIX-siècle. Bientôt rejoint par une équipe de jeunes psychiatres séduits par la radicalité de son projet, Basaglia entreprit une tâche simple par l'objectif qu'elle se fixait, mais assez héroïque dans ce contexte : détruire l'institution qu'il avait pour mandat de gérer. Deux principes ont guidé l'action de Basaglia. Premièrement, toute entreprise de transformation de la psychiatrie est vaine si elle ne passe pas par la destruction de

l'hôpital psychiatrique traditionnel. La forme-asile est tellement prégnante - tellement totalitaire -qu'elle phagocyte et finalement stérilise toutes les initiatives « avancées » qui se prennent dans ses marges. Deuxièmement pas de destruction réelle de l'hôpital psychiatrique sans un travail sur la communauté immédiate et sur la société qui permette d'implanter des modes complètement nouveaux de prise en charge des sujets en état de difficulté psychique.
L'antipsy part du constat du rôle essentiel du groupe familial dans l'étiologie des psychoses et du rôle non moins important de la répression mise en œuvre dans les institutions thérapeutiques. Sur le plan théorique le comportement psychotique et le retrait du réel émanerait des situations de double contrainte lorsqu'un ou plusieurs individus exercent un pouvoir sur un individu, formulant des exigences contradictoires et simultanés, rendant l'autre « fou », la maladie mentale devenant un moyen de défense légitime, le retrait du réel étant la seule solution pour le sujet d'échapper à ces situations contradictoires et inconciliables. Les thèses antipsychiatriques abordent "la folie" sous l'angle de victime émissaire, sorte de rôle de "fou du roi" qui, par sa conduite, dénoncerait entre autres les mythes familiaux en vigueur dans un système donné. C'est cette dénonciation qui serait désignée de "folie" et stigmatisée. Il est de même du "dissident" soviétique qui doit avoir une bonne dose de "folie" pour dénoncer le mythe du "Paradis des travailleurs".
L'hôpital psychiatrique intime au patient de guérir dans des conditions qui l'amène au contraire à s'enfermer dans sa maladie, en le marginalisant et l'infantilisant. Ce courant a mis en œuvre des communautés thérapeutiques, offrant un milieu de vie normal, et non morbide comme à l'hôpital, afin que la personne en souffrance assume les diverses activités quotidiennes et s'insère dans toutes les relations interpersonnelles, dans un groupe prônant un rapport communautaire égalitaire. Il est à l'origine du grand mouvement de fermeture des hôpitaux psychiatrique en Italie.

Thymorégulateurs:
ils sont présentés comme pouvant réguler les humeurs
on retrouve parmi eux: Neurolithium, Theralite, Tégrétol, Depakote, Dépamide

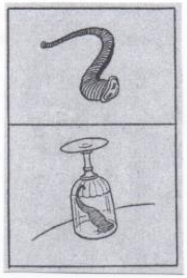
Hypnotiques:
ils aideraient à dormir
on retrouve parmi eux: Stilnox, Imovane, Noctram, Noctamide, Mépronizine, Téraline, Rohypnol,
Zopiclone

_La notice de médicament

...en général pas très compréhensible...encore moins quand on a l'esprit embrumé. Sa lecture s'avère pourtant primordiale !
Un conseil de base pourrait être, a minima, d'en garder un exemplaire dans un tiroir, pour le lire en cas de doute; et dans tous les cas de demander à son médecin prescripteur de décortiquer avec lui cette notice, afin qu'ille explique les termes ardus, ou les processus de fonctionnement, ce qu'on est à même d'en attendre, etc.

On peut rappeler d'une manière générale qu'on retrouve systématiquement dans ces notices les catégories suivantes:
indications (dans quels cas le médicament est utilisé, raison pour laquelle il a obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) ; il est à noter que c'est en raison d' un marketing illégal massif des laboratoires Eli Lilly, qui a amené des médecins américains à prescrire de manière abusive du Zyprexa hors AMM, que la plainte de leurs patient.es ayant subi de graves effets secondaires, tels diabète et obésité, a été jugée recevable. Usant d'affirmations mensongères, Eli Lilly avait d'ailleurs délibérément occulté ces effets pourtant connus depuis les essais cliniques).
précautions d'emploi (contre-indications par rapport à d'autres traitements, à d'autres pathologies, à des risques allergiques existants chez le/la patient.e, contre-indications par rapport à la consommation d'alcool, la grossesse, la conduite)
posologie (qui dépend généralement de la prescription, dans une fourchette précisée par le labo dans la notice)
effets indésirables possibles, et parfois leur fréquence d'apparition (attention la liste est longue et peut faire flipper au premier abord -gaffe si vous êtes un poil hypocondriaque; dans la notice du zyprexa, par exemple, est mentionnée, dans la catégorie « autres effets indésirables possibles, dont la fréquence ne peut être estimée sur la base des données disponibles : la mort soudaine inexpliquée »- ; cette liste est

_ les grandes familles de médicaments psychotropes



(autrement dit, « qui agissent sur le psychisme »; c'est pourquoi on appelle donc également « psychotropes » les drogues dites récréatives). Voici une proposition de liste, non exhaustive et nécessitant une régulière actualisation: c'est pas les nouvelles molécules qui manquent.

Petite précision suite aux premiers retours concernant la première version de cette brochure : cette liste ne prétend pas cautionner un discours et une classification pharmaceutique qui pour chaque symptôme auraient trouvé la molécule agissante, étant entendu que nous remettons en question autant la désignation/détermination de la pathologie (somme artificielle de ces symptômes), que la prétention de circonscrire un phénomène humain perturbateur par l'absorption d'un traitement médicamenteux, mais aussi la non-remise en cause dans le discours ambiant de la crédibilité dont jouissent les labos et une approche « scientifique » des folies. Pour plus de clarté donc, quelques verbes ont été changé ! Par ailleurs cette liste n'est pas exhaustive et nécessiterait une actualisation régulière : c'est pas les nouvelles molécules miracles qui manquent ...

Neuroleptiques:
Ils sont supposés servir à couper le délire, en ayant un rôle incisif et sédatif
- *on retrouve dans l'ancienne génération (beaucoup d'effets secondaires) :* Haldol, Nozinan, Largactil, Loxapac, Tercian (qui est également un anxiolytique) – le Rivotril, anticonvulsivant, sédatif, potentialise l'effet du tercian.
- *dans la nouvelle génération (apparue en 1993), qualifiée d' « antipsychotiques », qui corrige les effets dépressogènes des neuroleptiques classiques en jouant sur les récepteurs sérotoninergiques, et qui induisent « moins » d'effets indésirables, notamment musculaires:* Solian, Leponex, Risperdal, Zyprexa, Abilify(désinhibant, stimulant), Zypadhera (différent de la version injectable du Zyprexa, il nécessite 3 heures de surveillance après administration, un surdosage éventuel pouvant aller jusqu'à entraîner un coma-qui s'y colle?)

Anxiolytiques:
ils aideraient à lutter contre l'angoisse
on retrouve parmi eux: Seresta, Tranxen, Lexomil, Xanax, Lisanxia, Atarax

Antidépresseurs:
ils doivent aider à lutter contre la dépression
on retrouve parmi eux: Zoloft (plus particulièrement en traitement des TOC, Troubles Obsessionnels Compulsifs), Effexor, Seroplex, Prozac, Cymbalta, Seropram (Citalopram), Divarius

Extraction de la pierre de la folie

La Gestalt Thérapie
La Gestalt Thérapie est née aux Etats-Unis dans les années 50, pays qui prône le « just do it », le « si tu veux tu peux ». Au contact de ce mode de pensée Fritz Perls aborde une nouvelle façon de voir l'être humain. La Gestalt-thérapie est une des thérapies psychocorporelles les plus répandues, elle utilise le jeu, la mise en scène des difficultés. La « Gestalt » est un mot allemand qui veut dire forme, «gestalten» veut dire mettre en forme. Cette thérapie s'adresse à toute personne qui souhaite transformer des choses de sa vie pour un mieux-être avec soi-même et avec les autres. Elle aborde les problèmes de confiance en soi et d'estime de soi, ainsi que les difficultés relationnelles et de communication. La Gestalt-thérapie est une thérapie du contact s'appuyant sur le symbolisme et la communication non-verbale, elle vise la libération de l'imaginaire.

Dans sa démarche, la gestalt-thérapie s'attache à l'examen de ce que la personne éprouve immédiatement et recherche plus le comment du déroulement de la dynamique d'existence, son processus, que ses antécédents, ses causes historiques. La gestalt-thérapie vise à obtenir de la part de chacun une meilleure connaissance de son mode de fonctionnement psychique personnel, thérapie de l'affirmation de soi. À cet effet, elle observe les comportements manifestes et met en relief la façon dont nous perturbons notre contact avec notre monde interne (mental, émotif, corporel) et notre environnement externe (l'autre, les autres, le milieu). Un Gestalt-praticien est intervenant et actif, mais jamais directif. Il partage délibérément une partie de son ressenti afin d'aider le patient à explorer sa difficulté. Il utilise des exercices d'amplification, le « monodrame », les mises en situation d'épisodes de vie, « l'awareness » et l'interpellation directe des rêves (le sujet du je dans chacune des situations du rêve).

Critique

Elle aborde l'ici et maintenant sans faire de lien avec le passé et ne tient pas compte de l'Inconscient, La branche de la Gestalt-thérapie Intégrative opère des liens avec le passé, pour reconnaître les mécanismes de reproduction et/ou de sabotage que nous mettons en place dans notre vie, pour les transformer dans un processus de réparation.

L'Hypnothérapie

Milton Hyland Erickson présente une approche assez instinctive de l'hypnose, John Grinder et Richard Bandler ont contribué à modéliser cette approche en formalisant la Programmation Neuro Linguistique. Elle utilise différentes techniques de la PNL ou de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - « désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires ») pour débloquer certaines informations inconscientes et permettre de comprendre le mode de fonctionnement de la personne, "auditif" ou "visuel". Thérapeute et patient entament la partie thérapeutique du travail, qui s'effectue en état hypnotique, qui n'est pas un état de sommeil, mais un état de veille en « conscience élargie », qui permet de puiser dans

(mouvements rares et lents).

syndrome de sevrage: lié à la pharmacodépendance aux benzodiazépines; en cas d'arrêt trop brutal du traitement, apparition d'insomnies, anxiété, céphalées, myalgies, tension musculaire, irritabilité, convulsions

tachypnée: accélération du rythme de la respiration.

tachypsychie: accélération anormale du rythme de la pensée créant un état de surexcitation

tolérance: en toxicologie, accoutumance, processus d'adaptation de l'organisme à un produit toxique

nerveux autonome
effet sédatif: qui a une action calmante
états confusionnels:(confusion mentale) état pathologique caractérisé par une désorganisation de tous les processus psychiques (l'air absent, retranché de la réalité, le regard lointain, gestes lents et maladroits; torpeur intellectuelle, engourdissement physique jusqu'à la suspension de toute activité motrice)
état stuporeux: stupeur ou état d'inhibition, stade le plus léger de l'altération de la vigilance
galactorrhée: symptôme caractérisé par une production et une émission de lait par les glandes mammaires dans une situation anormale (y compris chez un homme)
gynécomastie: développement excessif des glandes mammaires chez l'homme
hyperesthésie: exagération physiologique ou pathologique de l'acuité visuelle et de la sensibilité des divers sens (concept remplacé par celui d'allodynie mécanique); en psychiatrie, l'hyperesthésie relationnelle désigne la sensibilité et la susceptibilité exagérées dans les contacts sociaux.
hyperkinésie: symptôme caractérisé par des mouvements involontaires de nature non épileptique (tics, tremblements, ..)
mouvements stéréotypés: qui se répète dans le temps chez une personne avec un caractère continu; peut consister en des positions, mots, gestes, balancements, déplacements.
myoclonie: contraction musculaire rapide, involontaire, de faible amplitude, d'un ou plusieurs muscles.
neutropénie: trouble hématologique caractérisé par un taux bas de granulocytes (un des types de globules blancs) neutrophiles dans le sang, cette baisse des leucocytes augmentant le risque d'infection.
parésie: déficit moteur qui se traduit par une perte partielle des capacités motrices d'une partie du corps
photosensibilité: hypersensibilité de la peau à la lumière solaire ou aux U.V
plafonnements : joliment dit , moins BTP:« spasme du muscle oculaire entraînant un mouvement rotatoire de l'œil à type de plafonnement du regard »
prurit: sensation de démangeaison de la peau
rash:éruption cutanée transitoire ou fugitive, pouvant apparaître lors d'intoxication médicamenteuse
sialorrhée : sécrétion anormalement importante de salive
syndrome cérébelleux: ensemble de signes et de symptômes caractéristiques d'une atteinte plus ou moins grave du cervelet – station debout difficile à cause d'oscillations brusques et irrégulières du corps, altération de la marche (dite « festonnante » à cause de ses embardées), troubles dans l'exécution des mouvements, tremblements, dysarthrie (trouble de l'articulation de la parole, qui est scandée, dite « aboyante », avec une intensité vocale très variable)
syndrome extra-pyramidal: syndrome neurologique qui associe trois signes: un tremblement de repos ; une hypertonie (rigidité musculaire); une akinésie

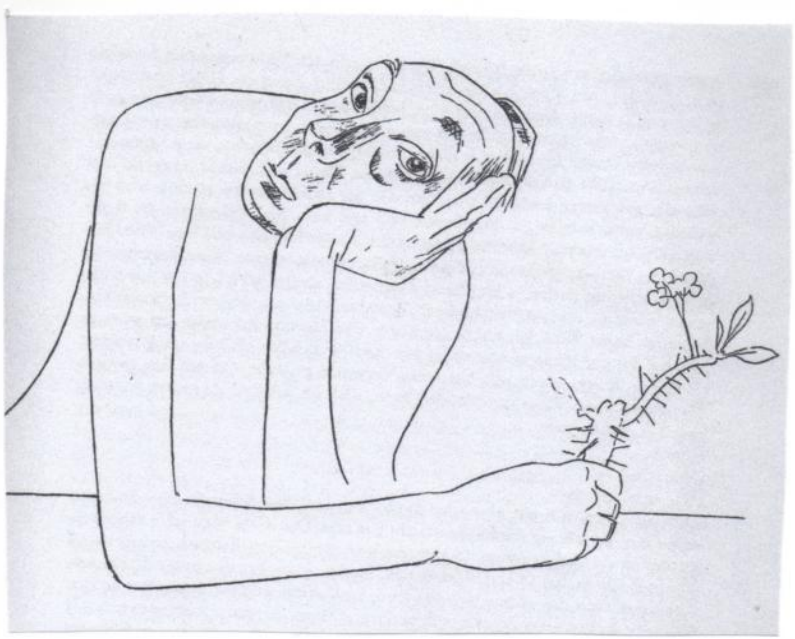
l'inconscient les solutions propres. L'inconscient est considéré comme un réservoir de ressources, si notre esprit est capable de mettre en place des blocages et de générer des souffrances, il est tout aussi capable d'inverser le processus. Cette thérapie propose de travailler sur les suggestions négatives inscrites dans l'histoire du sujet. Une séance se déroule comme un film dans lequel le patient est l'acteur principal, pour ancrer les informations positives dans l'inconscient, les techniques de suggestion de l'hypnose, ainsi que différents outils, comme les métaphores, les paradoxes, ou bien des sons, des odeurs, des sensations physiques sont utilisées, associant les perceptions du corps au traumatisme psychique.
Attention quand même au phénomène de suggestion qu'introduit cette méthode, bien repérée dans les phénomènes de foules notamment.

La Psychanalyse
La psychanalyse aborde l'exploration de la vie psychique consciente et inconsciente.
Freud, à la charnière des XIXe et XXe siècles élabore une théorie selon laquelle notre psychisme est dépendant de sa partie enfouie qu'il nomme l'inconscient, où affluent nos pulsions et s'enfouissent nos refoulements. Dans les conflits entre conscient et inconscient, il situe l'origine d'un certain nombre de troubles psychiques médicalement inexplicables.

Faire émerger ces conflits peut permettre de les dénouer. La psychanalyse est fondée sur la verbalisation aussi complète et libre que possible, sur l'écoute des souvenirs, sur l'analyse des rêves, sur l'analyse du transfert à l'analyste, des associations libres, d'idées ou d'images qui surviennent et permettent de reconstituer notre genèse psychique. La Psychanalyse est une théorie, qui a complètement modifié la conception que l'on avait de l'être humain (qui est agit par des forces qu'il ne contrôle pas, cette part d'irrationnel en chacun de nous) et une méthode de cure (étendu sur le divan, l'analysant peut projeter sur son analyste, assis derrière lui, des sentiments refoulés inconscients). Elle se fonde sur le pouvoir créateur et libérateur de la parole. Les raisons d'entreprendre une analyse sont multiples, mais le plus souvent, c'est la prise de conscience de vivre un enfermement dans des choses qui se répètent, selon les mêmes scénarios, sans que l'on puisse les changer, qui amène à interroger ces éléments de répétition. Aujourd'hui il existe un grand nombre d'Ecoles Psychanalytiques, chacune avec ses particularités, mais sans remise en cause radicale des concepts de Freud. La psychanalyse est une démarche individuelle, de 15 à 45 minutes par séances, à raison de deux à trois par semaine, le prix est à déterminer avec le psychanalyste (de 10 à X euros).

On pourra retenir de manière très exhaustive certains auteurs qui ont marqué la théorie psychanalytique et spécifié une certaine pratique psychothérapeutique : **Carl Gustave Jung** est présent dès 1902 au côté de Freud et s'en distingue en 1913. La démarche Jungienne vise à dégager le sens de la souffrance. Il accorde une attention particulière à l'analyse des rêves. **Mélanie Klein** en Angleterre en 1926, développe sa théorie sur le développement psychique de l'enfant, complétant la théorie de Freud. Elle utilise comme méthode la psychanalyse de l'enfant avec une technique inédite, le jeu. L'enfant sera amené 5 fois par semaine pour des séances de 55 minutes. **Donald Woods Winnicott**, élève de Mélanie Klein, cible l'approche thérapeutique, il vise à apporter à l'enfant et à sa famille une aide limitée et immédiate (aux alentours de 6 séances, une séance peut durer deux à trois heures), utilisant l'échange verbal, corporel et graphique (dessin).

des mouvements volontaires
bradypsychie: ralentissement du cours de la pensée
dysarthrie: trouble de l'articulation de la parole, d'origine centrale (lésion du système nerveux)
dysgueusie: altération du goût
dyskinésie: perturbation qui se situe au niveau des mouvements et qui se traduit entre autre par de l'incoordination, des spasmes ou de la parésie
dyskinésie tardive: complication neurologique, qui peut apparaître dans les suites d'un traitement neuroleptique (au moins trois mois après), sous forme de mouvements anormaux de la face, du tronc ou des jambes.
dysménorrhées: difficulté de l'écoulement des règles, généralement accompagnées de douleurs



effet délétère: nuisible, dangereux pour la santé
effets endocriniens: qui touchent le système hormonal (avec des risques de prise de poids, de diabète, de goutte, d'ostéoporose, d'impuissance notamment)
effets métaboliques: le métabolisme est l'ensemble des transformations moléculaires et énergétiques qui se déroulent de manière ininterrompue dans l'organisme vivant;les médicaments peuvent entraîner des changements dans les niveaux de lipide et de glucose dans le sang, et donc une prise de poids voire une augmentation du risque de développer des problèmes de santé chroniques à long terme tels que le diabète et les maladies cardiovasculaires
effets neurovégétatifs: interactions négatives sur le fonctionnement du système

système nerveux viscéral, c' est la partie du système nerveux responsable des fonctions automatiques, non soumise au contrôle volontaire (digestion, sudation, système cardiovasculaire)
système nerveux central: la partie du système nerveux située dans la boite crânienne et la colonne vertébrale. Il se compose de tissu nerveux (neurones), glial et vasculaire. Il est entouré par les méninges.
système nerveux périphérique: la partie du système nerveux formée de ganglions et de nerfs qui fait circuler l'information entre les organes et le système nerveux central (SNC) et réalise les commandes motrices de ce dernier. Il comprend le système nerveux somatique et le système nerveux autonome.

Vocabulaire lié aux modes d'actions du médicament:

action anti-dopaminergique: médicament qui bloque la transmission dopaminergique; les molécules se placent sur une partie des récepteurs et empêchent la dopamine de s'y fixer. L'intensité des impulsions nerveuses, et donc des sentiments et émotions est diminuée. Jusqu'à 70% de ces récepteurs peuvent être bloqués à forte dose.
propriétés des neuroleptiques: Il est très difficile de proposer une classification clinique claire des neuroleptiques (NL). Initialement,les NL ont été classés en fonction de deux de leurs propriétés en opposant les NL les plus"**sédatifs**" aux plus "**incisifs**". Ultérieurement, les propriétés incisives ont été subdivisées en propriétés **antiproductives** (ou **antipsychotiques**) et en propriétés **antidéficitaires** (ou **désinhibitrices**)

Glossaire des effets secondaires

agranulocytose: disparition aigüe et sélective de la lignée des granulocytes (l'un des types de globules blancs) dans le sang, avec un risque mortel important
akhatisie: besoin impérieux de bouger, surtout au niveau des membres inférieurs; aussi appelée impatiences**,** syndrome des jambes sans repos, que seuls des mouvements peuvent soulager
akinésie: ralentissement général de la mobilité
aménorrhées: absence des règles ou menstruation
amnésie antérograde:trouble de la mémoire caractérisé par une incapacité à fixer durablement de nouveaux souvenirs
apragmatisme: incapacité à entreprendre des actions
asthénie: affaiblissement de l'organisme, fatigue physique, qui peut aussi concerner l'état psychique, la libido ou l'intellect
ataxie: pathologie neuromusculaire qui consiste en un manque de coordination fine

Jacques Lacan prône un strict retour à Freud, il ouvre le champ de la psychanalyse au moyen d'une approche fondamentalement linguistique. Il introduit ainsi que l'inconscient s'interprète comme un langage, chaque mot ayant une charge affective très subjective. Les séances psychanalytiques durent le temps de l'émergence d'une parole signifiante qu'il s'agit que le sujet entende dans sa signification. Cette branche de la psychanalyse aborde dans son éthique le respect de la créativité de chaque individu, soutenant ses trouvailles personnelles et fonde une des approches les plus orientées par les choix du sujet.

La Thérapie cognitivo-comportementale
Les thérapies cognitives abordent « la boite noire » de notre esprit, les thérapies comportementalistes, elles abordent les mises en œuvre de cette « boite noire » sur nos comportements. Le terme "Cognition" comprend l'ensemble des connaissances, des croyances et des représentations mentales d'une personne. Les cognitions sont liées à la perception, à l'éducation, à l'apprentissage, à la mémoire, à l'intelligence, à la fonction symbolique et au langage. Plus simplement, on pourra retenir que nos "cognitions" sont nos croyances et nos pensées.
Selon ces thérapies, ce n'est pas le monde extérieur qui est la cause de nos émotions et de notre humeur, mais seulement la représentation que l'on en a et les pensées qui nous traversent l'esprit, selon cette conception la dépression n'est pas causée par l'environnement du sujet, mais par les pensées et les schémas mentaux qu'il emploie pour l'interpréter. C'est donc en apprenant à travailler sur ses cognitions qu'une personne pourra sortir de sa dépression. Le rôle du thérapeute est de faire prendre conscience au patient de ces distorsions cognitives, et de l'amener à une représentation plus "normale" et plus rationnelle des choses. Le rôle du thérapeute est de permettre au patient de prendre conscience de ses schémas et de l'amener à envisager d'autres façons de voir les choses, de manière plus rationnelle et moins stéréotypée.
Au commencement d'une **thérapie cognitive**, le patient sera amené à étudier et apprendre une liste de pensées dysfonctionnelles, à l'aide d'exercices(Les fiches de Beck ou la technique de la flèche descendante dite « Bottom line »), par exemple présentations des hallucinations ou

des attributions d'intension à autrui pour le sujet paranoïde, le patient s'y reconnaît-il ? Une fois bien exercé, il pourra commencer à relever et mettre en évidence ces distorsions dans sa propre façon de penser, d'en faire ressortir les pensées dysfonctionnelles afin de les remplacer par des réponses rationnelles.

La thérapie comportementale agit au moyen de mises en situation et d'expositions graduées aux situations provoquant une anxiété. Par exemple, dans le cas d'une phobie des araignées, le patient doit d'abord imaginer une araignée, puis observer des images d'araignées, toucher un bocal où se trouve une araignée, et finalement toucher l'araignée. En même temps, il apprend à contrôler les manifestations physiologiques de la peur. Ce sont des thérapies brèves, de cinq à vingt séances allant de 40 à 60 euros la séance (soit dit en passant les aspects « quantifiables » de ces thérapies sont intéressant pour les entreprises managériales hospitalières de nos temps).

Ce modèle se veut hautement normatif et rééducatif, pour le moins cautionnant une société toute scientifique et démontrable, il ne tient pas compte de la singularité et des déplacements symptomatiques qui surviennent dans l'après-coup des séquences de thérapie.

L'Analyse transactionnelle

L'analyse transactionnelle (AT) est une théorie de la personnalité et de la communication. Elle postule des «états du Moi» (parent, adulte, enfant), et étudie les phénomènes intrapsychiques à travers les échanges relationnels, appelés « transactions ». Cette théorie a été fondée par Éric Berne, médecin psychiatre américain, dans les années 1950 à 1970. Elle se base sur des grilles d'observation et d'analyse des comportements humains, qui fournissent des outils pour mieux se connaître et mieux communiquer. Elle se pratique dans des contextes et avec des objectifs très divers : en psychothérapie individuelle, en couple, en famille, en groupe, en entreprise, en « institution ».

failles. On l'a placé en début de chapitre, pour que vous ne butiez pas systématiquement sur des mots inconnus à la lecture de la suite du texte. Mais l'idée n'est pas forcément que vous lisiez tout d'une traite, ménagez-vous! Et n'hésitez pas à nous faire part d'éventuelles erreurs: on n'est pas du métier!

Lexique du fonctionnement cérébral

"communication" neuronale : Toutes nos sensations, nos mouvements, nos pensées, nos raisonnements et nos émotions sont le résultat d'échange entre les neurones. Cet échange est assuré par deux processus distincts et complémentaires : la conduction électrique et la transmission chimique. La conduction électrique permet de faire voyager rapidement l'influx nerveux à l'intérieur d'un même neurone. La transmission chimique permet de transmettre l'influx nerveux d'un neurone à l'autre et s'effectue au niveau de la synapse et au moyen de neurotransmetteurs. La synapse est le point de contact chimique entre deux neurones

dopamine: c'est un neurotransmetteur, c'est-à-dire une molécule chargée de transmettre l'information entre les neurones. Bon à savoir, dans le processus d'une addiction, la dopamine est un neuromédiateur du plaisir et de la récompense, que le cerveau libère lors d'une expérience qu'il juge « bénéfique ».

manifestation psychotique négative: implique une perte ou une réduction d'aptitudes ou de fonctions qui existaient chez l'individu avant sa maladie (ex. aboulie, perte de la volonté)

manifestation psychotique productive: le symptôme ne surviendrait pas si la maladie n'existait pas (ex. hallucination, agitation, comportement agressif et état anxieux)

neurotransmetteur : substance cérébrale qui assure une transmission d'information entre les neurones. Il existe de nombreux systèmes de neurotransmetteurs (acétylcholine, dopamine, endorphines, noradrénaline, sérotonine…etc); synonyme : neuromédiateur.

paroxystique: qui se présente sous forme de paroxysme (crise, le plus haut degré, le maximum)

syndrome : ensemble de signes cliniques et de symptômes qu'un patient est susceptible de présenter lors de certaines maladies

système extra-pyramidal: de préférence appelé système sous cortical, correspond à l'ensemble des noyaux gris centraux, qui sont impliqués dans des fonctions motrices, oculomotrices, cognitives et affectives

***système nerveux*:** système en réseau formé des organes des sens, des nerfs, de l'encéphale, de la moelle épinière, etc, qui coordonne les mouvements musculaires, contrôle le fonctionnement des organes, véhicule les informations sensorielles et motrices vers les effecteurs à même d'activer ou d'inhiber l'activité, régule les émotions et l'intellect.

système nerveux autonome: aussi appelé système nerveux (neuro-)végétatif ou

sectorisation, avec la possibilité de prendre en charge les patients en dehors des murs. En 1960, chaque département est découpé en territoires géographiques de 67 000 habitants placés sous la responsabilité d'une même équipe médicosociale (médecin, psychologue, assistante sociale, infirmier et secrétaire).L'objectif est d'assurer le dépistage précoce, le traitement avec ou sans hospitalisation et le suivi extérieur des malades mentaux. Ce système de soins éloigné des lieux de l'exclusion entraîne une démystification de la psychiatrie. Le vocabulaire de celle-ci se répand dans le langage social et les connaissances sur la maladie mentale sont vulgarisées. La présence du fou dans la collectivité devient un sujet d'actualité très médiatisé.

Mais trente ou quarante ans plus tard, la folie s'agite encore, elle agace et elle irrite d'être insoluble, de faire résistance, malgré l'ouverture de l'hôpital, les projets de sectorisation, l'aide apportée par les psychotropes et la psychothérapie. L'espoir thérapeutique auquel on avait cru quelques années auparavant est (forcément) déçu.
Alors la maladie mentale redevient cette **maladie du système nerveux** Et la psychiatrie, pour échapper à ses incertitudes, renoue sagement avec ses origines neurologiques : la médecine classique lui apporte les méthodes de diagnostic et de traitement qui feront d'elle, définitivement, une science exacte. Ainsi, la tomographie par émission de positons (TEP) ou l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRM-f) permettent de révéler les régions actives du cerveau lors de telle ou telle activité cognitive, voire même d'étudier les mécanismes très spécifiques de certains neurorécepteurs (comme celui de la dopamine). Toutefois...ces nouvelles techniques, au lieu de confirmer les théories prévalentes, sèment le trouble en apportant des résultats contradictoires, à tel point qu'il est aujourd'hui encore impossible d'affirmer d'une façon précise que les maladies mentales ont pour origine une altération du fonctionnement des neuromédiateurs. Malheureusement les partisans de **l'organogenèse** sont encore loin d'avoir épuisé le grand nombre de facteurs biologiques, chimiques, génétiques, viraux connus, qui permettraient encore et toujours d'occulter la sensibilité du patient, son affectivité et l'histoire de sa constitution psychologique, et d'ignorer les causes sociales de la folie, et d'oublier qu'elle représente avant tout cette difficulté de vie en société qui ne concerne pas uniquement le fou.

_de quoi on parle...et à quoi on est assujetti

Cette tentative de liste, qui aborde le fonctionnement cérébral, celui des molécules médicamenteuses et leurs effets secondaires, quoique non exhaustive, peut paraître rébarbative. Mais il nous semble qu'il vaut mieux apprendre un peu leur jargon pour comprendre leur logique...et ses

Dans la méthode on tente de diagnostiquer, dans une relation concrète, quel "état du moi" (enfant, adulte, parent) intervient et quel est notre "scénario de vie" inconscient. Ensuite, on se fixe un objectif de changement en passant un "contrat" avec son thérapeute, et on apprend à analyser ses modes de communication.
Travail en individuel et en groupe, de six mois à trois ans. De 15 à 75 euros par séance de 50 minutes, à raison de une par semaine. En groupe : de 30 à 60 euros par séance de trois heures.

La bioénergétique
Cette théorie découle des analyses théoriques de Freud sur la psychosexualité infantile et son refoulement, Wilheim Reich renouvelle la théorie et élabore les fondements d'une technique thérapeutique, partant du postulat que la répression sexuelle que les parents exercent sur leur enfant génère la soumission de l'enfant et lui inculquent le schème autoritaire sociétal. La bioénergétique vise à déprogrammer l'individu par rapport au conditionnement qu'il a reçu lors des processus de socialisation. C'est un champ que l'on qualifie d'expansion de la conscience, il tente de libérer la sexualité, l'affectivité, l'intuition, l'imaginaire par l'intermédiaire d'une action sur les tensions musculaires, c'est une thérapie corporelle, ciblant les conséquences corporelles du refoulement. Les successeurs de Reich comme Lowen et Keleman se préoccupe de libérer l'ensemble des émotions et non seulement celles liées à la sexualité. Les courants actuels s'oriente davantage vers l'aspect symbolique et plus seulement corporel, postulant une interaction entre corps symbole, l'action thérapeutique au niveau symbolique (rêves) peut accompagner l'intervention sur le plan corporel. La bioénergétique s'exerce aujourd'hui en groupe, repérant les blocages musculaires et émotionnels des participants.

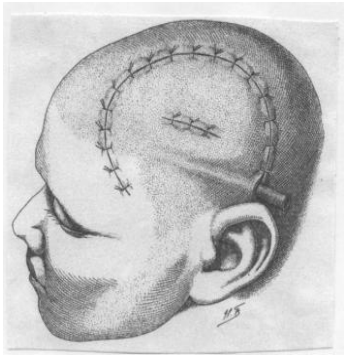
L'Ethnopsychiatrie, Ethnopsychanalyse

Deux courants traversent le champ de l'ethnopsychiatrie, la psychiatrie transculturelle qui postule l'universalité de la maladie mentale mais qui considère qu'il est essentiel de repérer les manifestations spécifiques de la maladie reliées à la culture. La pratique s'oriente du modèle systémique adapté à la culture. Cette approche est centrée sur « l'interprétation » du discours culturel des personnes. Dans ce courant Campinha-Bacote développe cinq concepts : elle aborde la conscience culturelle, qui est la sensibilité aux valeurs, aux croyances et au respect d'une culture, le savoir culturel qui est la compréhension de la vision du monde des autres cultures, les rencontres culturelles se déployant dans les interactions humaines interculturelles, les habiletés culturelles qui sont les savoirs faire en lien avec la culture et enfin le désir culturel qui nomme la motivation à vouloir s'engager dans la rencontre d'une autre culture. Le deuxième courant est l'ethnopsychanalyse dont le fondateur est Georges Devereux. Actuellement ce courant est représenté par deux auteurs : Tobie Nathan et Marie-Rose Moro. Le postulat de base est le suivant : « les identifications successives qui ont formé un sujet ne se font qu'en intériorisant des modèles culturels imposés par la société. » Tout fait humain doit être rendu compréhensible par les approches complémentaires psychologiques et socioculturelles de l'être humain. L'ethnopsychanalyse se fonde sur une double pratique : La psychanalyse par laquelle la personne entreprend la découverte de sa propre altérité psychique, et l'ethnologie, grâce à laquelle le thérapeute élabore la connaissance de l'altérité culturelle de sa propre société. L'anthropologie permet de décoder le cadre et le contenant psychique du conflit en jeu. La clinique transculturelle est donc un espace d'échange entre le « patient », sa famille, les thérapeutes et l'institution, dont les attentes, les représentations et les valeurs différentes. Les interventions abordent les parcours « migratoires » (contexte socio-politiques, les traumatismes vécus lors des déplacements des migrants), les évolutions dynamiques de la culture, les croyances et les pensées mystiques. Géza Róheim a systématisé cette approche, qui se positionne autour d'un dispositif de groupe, la relation duelle étant dans certaine culture risquée, du fait du pouvoir du thérapeute de transmettre la maladie par la sorcellerie. Des

Ces premiers médicaments du cerveau, qui sont à l'origine d'une révolution dans la pratique psychiatrique, révèlent aussi l'existence de la souffrance psychique au delà des limites de la pathologie mentale. L'individu « normal » peut alors revendiquer le droit d'exprimer et de soigner aussi son « **mal être intérieur** », cette impression de malaise subjectif fait d'angoisse et de dépression qui justifie sa consommation croissante de drogues psychotropes.

Et les firmes pharmaceutiques s'en réjouissent. Rapidement éblouies par leur essor prodigieux et sans plus apprécier les limites de ces traitements chimiques, elles vont apporter une remise en question de la clinique et établir de nouvelles classes diagnostiques.

L'illusion de guérir ou d' « enlever » la folie et de supprimer le mal de vivre s'imposera à tel point que l'on ne s'occupera bientôt plus que du symptôme, négligeant cette maladie dont on ignore toujours les causes.



Mais ces différents médicaments permettent aussi aux patients, à partir des années 50, de s'ouvrir à leur médecin.

Alors qu'auparavant on s'efforçait d'éviter le « syndrome de la tête contre les murs », que la folie signifiait violence, agitation et hurlement, le médicament ramène le silence dans les hôpitaux. Les hallucinés, les gesticulants, les dévorés d'angoisse ou les catatoniques retrouvent la possibilité de s'exprimer par la parole, gagnent en lucidité. Une communication peut enfin s'établir entre le soigné et le soignant, une « rencontre thérapeutique » est possible, le soin va devoir être pensé. Véritable changement de paradigme: **« l'aliéné » devient un « malade mental »,** puisqu'il existe maintenant un médicament adapté à sa maladie. Et le psychiatre définit mieux son rôle de médecin en pouvant prescrire un produit ayant une action sur la folie.

La privation de liberté, la contrainte, les punitions, les sévices de tous ordres ne sont plus des conduites systématiques. Aux internements abusifs et à vie se substituent alors des placements de plus courte durée, l'asile change de fonction, les conditions de détention s'humanisent, l'hôpital commence à mériter son appellation...

Et ainsi, paradoxalement, en facilitant la compréhension de la parole du malade, l'usage du médicament crée une place pour **la psychologie**: la parole et l'histoire personnelle du fou apparaissent comme les éléments essentiels sur lesquels peut se baser une relation d'aide thérapeutique. C'est cet engouffrement de la psychologie dans le soin surtout qui va provoquer la rupture avec la tradition asilaire: c'est parce que la maladie mentale est prise dans toutes ses dimensions que va être envisagée **la**

Deux médicaments destinés à traiter la tuberculose mais inopérants se révèlent avoir des effets secondaires insolites sur le psychisme : les malades, pourtant au seuil de la mort, retrouvent le sourire et se montrent euphoriques; un psychiatre américain va convaincre les laboratoires de fabriquer le produit. Ce Marsilid, et tous les autres IMAO (inhibiteurs de la mono-amine-oxydase) dont il est le chef de file, jugés trop dangereux pour leurs effets secondaires (hépatites mortelles, hypertension ou hémorragies cérébrales), vont être retirés du marché dès 1961. Les remplacera un autre groupe d'antidépresseurs, dérivés de la Chlorpromazine,et dont les effets nécessitent plusieurs semaines d'administration. L'Imipramine est commercialisée en 1958 sous le nom de Tofranil et devient le premier antidépresseur tricyclique (parce que la molécule de base possède trois anneaux). Les patients auparavant angoissés, prostrés, moroses, deviennent peu à peu bavards, actifs et cherchent à renouer des relations avec leur entourage.

Toutefois les antidépresseurs redressent parfois trop bien les dérèglements de l'humeur, au point de provoquer un passage à un état euphorique et maniaque, et ne permettent pas d'enrayer les rechutes en cas de psychose maniacodépressive. C'est encore le hasard qui va favoriser la découverte d'un produit préventif des rechutes qui soit aussi un véritable régulateur de l'humeur (**thymorégulateu**r). C'est en 1949 qu'un psychiatre australien découvre les propriétés de l'urate de lithium, qui fait régresser des états d'excitation maniaque avec agitation en une semaine. Le lithium mettra toutefois un temps certain avant de s'imposer sur le marché des produits pharmaceutiques, quand on songera à subordonner son utilisation à des contrôles réguliers des concentrations sanguines, pour pallier au risque toxique important.

L'histoire de la découverte du **tranquillisant** est elle aussi liée au hasard et à l'empirisme. C'est en nettoyant son laboratoire qu'un chimiste américain retrouve une fiole d'un programme précédent abandonné, où la molécule de base avait incorporé accidentellement un nouvel atome de carbone, pour donner naissance à une « benzodiazépine ». Cette fois-ci, le produit se révèle très intéressant, capable même de rivaliser avec la chlorpromazine à qui l'on cherche des successeurs moins toxiques. Le produit apprivoise les chats sauvages et domestiques sans les endormir des singes macaques particulièrement agressifs. Le nouveau médicament calme l'anxiété, soulage les tensions nerveuses sans entraîner d'effet secondaire gênant. Il est commercialisé en 1960 sous le nom de Librium et en 1963, le Valium, plus connu, lui emboîte le pas.
Une fois lancés sur le marché, les tranquillisants connaissent un succès inégalé. Ils répondent à une demande urgente et insatiable qui dépasse largement les murs de l'asile : soulager l'angoisse et le mal de vivre des gens « normaux ». A partir de 1963, le Valium devient le médicament le plus prescrit et le plus consommé aux USA. Il le restera pendant douze ans.

interprètes sont présents dans les séances. Des propositions thérapeutiques sont formulées aux familles sous forme de rituels, de cérémonies, de rites, favorisant l'ancrage dans la culture d'origine, des ponts sont établis simultanément entre les cultures et leurs modes d'expression. Les séances ont lieu toutes les quatre à six semaines.

Bonus

La thérapie radicale

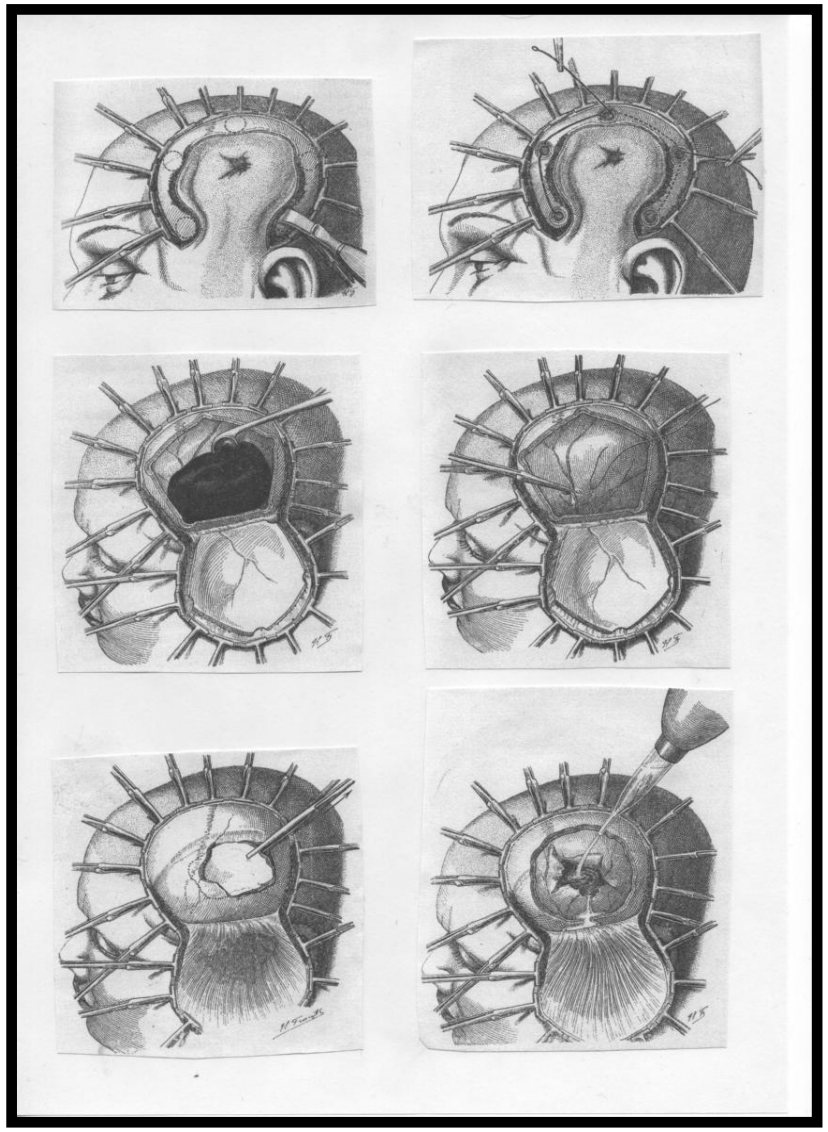
La psychiatrie radicale est une théorie qui synthétise les apports de l'antipsychiatrie et de la psychologie humaniste. C'est une théorie qui a été fortement influencée par les mouvements anti-autoritaires des années 70 aux états unis, par le mouvement de libération des femmes, des noirs, des gays et des lesbiennes.
De l'anti-psychiatrie elle prend l'essentiel et le plus critique. Le questionnement de l'institution et de la profession médicale. La négation de la dichotomie fou/sage. Elle reprend la critique de l'idée de norme. La revendication de la psychiatrie comme une activité politique.
L'importance du contrat thérapeutique, qui clarifie en quoi consiste le travail à faire entre le thérapeute et le patient, qui responsabilise et donne du pouvoir au psychiatrisé et limite la marge de manœuvre du psychiatre dans le cadre du contrat souscrit librement entre le deux parties. Elle reprend aussi la critique sans pitié de l'antipsychiatrie faite aux psychiatres en les montrant comme des gens ineptes, sans humanité et potentiellement dangereux.
De la psychologie humaniste elle prend l'idée que le plus important dans le processus thérapeutique est le renforcement de soi. Montrer les belles choses qui habitent chez l'autre. Que l'être humain est capable de réaliser plein de bonnes choses positives. Simplement dit, ils partent de l'idée que l'être humain avant d'être aliéné en société, dans ce qu'ils appellent «l'état naturel », vivrait en harmonie avec lui même, avec les autres et avec la nature. La psychiatrie radicale se sépare de la psychologie humaniste, ou aussi appelée du potentiel humain, à cause du manque d'engagement politique de cette dernière. Pour les psychiatres radicaux dire que l'homme a des capacités pour faire et créer

plein de choses n'est pas assez. Ils critiquent les charlatans et vendeurs du « tout va bien ».
Pour les psychiatres radicaux la souffrance psychique provient essentiellement d'une domination et d'une dissimulation de celle-ci. Autrement dit, les personnes qui souffrent psychologiquement sont victimes d'une aliénation (qui comme les antipsychiatres le croient provient de la société, de la famille, du couple, etc.). Le manque de conscience de cela est ce qu'on appelle dissimulation. La croyance que c'est un dysfonctionnement à soi et que c'est seulement un psychiatre dans le cadre d'une thérapie individuelle qui peut le résoudre est ce qu'on appelle mystification.

Aliénation=oppression+dissimulation (mystification)
Conscience de la domination+soutien des autres+action = libération

Le psychiatre ne peut pas être neutre, dans son activité politique il doit reconnaître que l'autre est en train de se faire dominer et que lui même en tant que psychiatre risque de le mystifier s'il ne prend pas en compte tout ça. De là l'importance pour les psychiatres radicaux que les psychiatrisés travaillent en groupes, entre égaux. Pour qu'ils reconnaissent l'oppression, se soutiennent mutuellement et luttent contre elle. Les thérapeutes radicaux reconnaissent que dans ces groupes il est préférable qu'il y ait quelqu'un de plus expérimenté qui puisse d'une certaine manière donner quelques pistes. Face au risque que cette figure mystifie les membres du groupe, ils considèrent que l'idéal serait que cette figure disparaisse, ou qu'elle soit de plus en plus faible, au fur et à mesure que le groupe avance et que les rapports deviennent de plus en plus horizontaux. Ça c'est le principal apport des groupes des femmes, des noirs, des gays et des lesbiennes. Et c'est aussi la critique essentielle faite à l'antipsychiatrie comme pratique conservatrice, ancrée dans le freudisme et le néo-freudisme de la thérapie individuelle.

La méthodologie qu'utilisent les psychiatres radicaux est l'analyse transactionnelle créée par Eric Berne. Claude Stirner dans ses premières années commence à l'utiliser pour ensuite, dans les années 80, se centrer sur l'analyse psychosociale du pouvoir, des jeux de pouvoir entre les



autant, faut-il s'en étonner, apporter un soin réel à la folie, ni une amélioration notable des conditions de vie des aliénés, bien au contraire, puisque c'est toujours la peur, celle de subir des réprimandes, des sanctions ou des traitements traumatisants, qui règne à l'hôpital, avec l'obligation inéluctable de finir sa vie derrière des barreaux.
Mais à partir de 1952, et durant les dix années suivantes, quelques psychiatres et chimistes vont parvenir, avec **la psychopharmacologie**, à transformer le visage de l'asile. Leurs découvertes ne s'appuient sur aucun raisonnement scientifique, et c'est avec beaucoup de hasard et d'empirisme qu'ils vont faire de molécules chimiques des médicaments spécifiques de la folie.
La découverte du premier **neuroleptique** commence étrangement par celles d'antihistaminiques et de dérivés d'insecticide, dont l'inconvénient majeur d'être très sédatifs va être mis à profit, en donnant naissance à la Chlorpromazine, baptisée Largactil en 1952 Cette molécule nouvelle se montre bénéfique dans les cures de sommeil, dans le traitement des crises maniaques et des états schizophréniques. Son action est efficace et rapide à doses élevées sur les délires, les hallucinations et les agitations.
Les laboratoires réalisent très vite l'intérêt commercial d'une telle découverte. Le but lucratif, stimulant principal de la recherche, va favoriser l'apparition de nouveaux médicaments.

C'est encore le hasard qui va entraîner la découverte des **antidépresseurs**. Jusqu'ici, les électrochocs, les cures d'opium, les narcoses aux barbituriques, les injections de testostérone, les inhalations d'oxyde d'azote ou les irradiations aux rayons X ne permettaient pas de venir à bout d'une des plus grandes maladies de l'asile, tour à tour appelée « humeur noire », dépression, mélancolie, folie circulaire ou psychose maniacodépressive.

gens. Les jeux de pouvoir sont des stratégies de manipulation que nous faisons tous pour faire faire aux gens des choses qu'ils ne veulent pas. Nous les avons développés depuis l'enfance comme mécanisme de défense ou de survivance. Ce sont des conduites irrationnelles et oppressives. On peut se rendre compte d'elles si nous sommes attentifs à nos « vices » relationnels.

Autre point basique de la théorie de Stirner: l'idée d'économie affective. Comment nous apprenons dés l'enfance que face aux besoins d'affection que nous éprouvons tous, les manifestations affectives ne peuvent pas être données sans intérêt et limite, source épuisable. On rentre donc dans des jeux de pouvoir où l'affection est donnée seulement en échange de quelque chose.
Pour certains psychiatres radicaux, Stirner entre autres, le psychiatre doit intervenir, guider et faire pression pour remplir les objectifs du contrat établi entre le thérapeute et le patient au début de la thérapie, toujours en respectant et en se limitant à la méthodologie décidée au moment du contrat. Face au freudisme et néo-freudisme le thérapeute reconnaît comme impossible la neutralité et assume comme partie de son travail d'intervenir pour désaliéner.
D'autres psychiatres radicaux s'éloignent des pratiques de Stirner et se centrent plus sur l'importance de l'égalité entre tous les membres du groupe et montrent les risques du professionnalisme (scission en 1973 au sein de ce courant). Ils considèrent que malgré le fait qu'il puisse paraître plus effectif et rapide que quelqu'un te guide, sur le long terme il est plus convenable que le processus de libération soit fait en respectant les rythmes basés sur l'horizontalité des semblables qui luttent pour leur libération.

Le médicament

_ d'où tu me traites?

(quelques extraits abouchés de « ECHEC AU FOU ou L'HISTOIRE DE LA FOLIE », trouvé sur le site du serpsy)

C'est au XIX ème siècle que s'emploient les premières médications, au sens où on l'entend aujourd'hui.
A l'époque, on calme l'agitation avec **des bromures, du chloral, de l'opium ou du laudanum**. Les premiers barbituriques font leur apparition. Les bromures de potassium, découverts en 1826, sont utilisés dans l'épilepsie, l'hystérie, l'excitation maladive de l'appareil génital (!), les convulsions, la disposition aux « attaques des nerfs ».Le sirop de chloral, découvert en 1870, fait dormir ; on le donne en cuillerées ou en lavements. L'opium et le laudanum (opium liquide) se prennent en tisanes, en lavements ou même en décoctions de pavot. Réservés surtout aux cas d'agitation, on les prescrit aussi dans la mélancolie et l'anxiété. Pour combattre l'insomnie et l'excitation, on dispose de la **scopolamine** (la scopolamine est extraite de la mandragore, célèbre depuis l'antiquité, notamment pour ses pouvoirs en sorcellerie). Parfois sont prescrits des somnifères et des anesthésiques de la série Gardénal, Véronal, Nembutal, Ortenal, Binoctal, etc... élaborés à partir de l'acide **barbiturique**. Le Serpentaire ou Rauwolfia ou « herbe aux fous », plus connue sous les noms de **Réserpine et Sarpagon**, est aussi utilisée après 1930, ainsi que des **amphétamines** telles que Captagon, Maxiton, Fringanor, Ordinator, qui ont servi pendant la guerre à accroître la vigilance des pilotes d'avions.

Mais l'usage de toutes ces drogues reste bien limité en raison des risques importants d'intoxication et de toxicomanie qu'elles peuvent entraîner. Alors, faute de mieux, on a recours très souvent aux méthodes plus classiques de **la camisole** et de **l'hydrothérapie**.
Même si après la deuxième guerre on commence à critiquer les institutions asilaires, à dénoncer la chronicité et les mauvais traitements, les psychiatres restent toujours autant désarmés devant la folie, qui se trouve au dessus des possibilités d'action thérapeutiques dont ils disposent. Non seulement on ne sait pas soigner ou guérir, mais on a énormément de mal à venir à bout des agitations. C'est par la force des choses, pour changer cet état de fait, que l'on va s'efforcer de mettre au point et d'une façon tout à fait empirique, **des « thérapeutiques de chocs » (la malaria thérapie, la cure de Sakel, le choc cardiazolique, l'électrochoc, la lobotomie)**. Sans pouvoir pour